

ESTUDO SOBRE A ASOCIACIÓN ENTRE A CALIDADE DE VIDA RELACIONADA COA SAÚDE, A ACTIVIDADE FÍSICA E OUTROS HÁBITOS, NA COMUNIDADE DO SISTEMA UNIVERSITARIO DE GALICIA

Alexandre Cadarso Suárez

Tese de Doutoramento 2018

Directores: Dr. Xurxo Dopico Calvo
 Dr. Francisco Gude Sampedro

Programa Oficial de Doutoramento en Ciencias do Deporte, Educación Física e Actividade Física Saúdable.



Don Xurxo Dopico Calvo e Don Francisco Gude Sampedro

Certifican:

Que a presente tese de doutoramento titulada: *Estudo sobre a asociación entre a calidade de vida relacionada coa saúde, a actividade física e outros hábitos, na comunidade do Sistema Universitario de Galicia* que presenta Don Alexandre Cadarso Suárez, foi realizada baixo a súa dirección e reúne as condicións necesarias para optar ao grao de Doutor, autorizándoa para a súa presentación perante o Tribunal correspondente.

E para que conste aos efectos oportunos, asinamos a presente na Coruña, a 17 de xullo de 2018.

Dr. Xurxo Dopico Calvo

Dr. Francisco Gude Sampedro

RESUMO

Tendo en conta todos os aspectos beneficiosos que reportan os estilos de vida saudables para unha comunidade, o principal obxectivo deste estudo foi identificar o nivel de actividade física, o grao de obesidade e adherencia á dieta mediterránea, o consumo de alcohol e tabaco, así como a súa asociación sobre a calidade de vida relacionada coa saúde na comunidade universitaria de Galicia, durante o curso académico 2014/15, co fin de establecer propostas que tendan a mellorar os seus hábitos.

O tamaño total da mostra foi de 1.016 participantes (439 estudantes, 259 PDI e 318 PAS) de ambos sexos. Os resultados foron extraídos grazas á aplicación dos cuestionarios IPAQ, Test Kidmed, SF-12, e un test de tabaco e alcohol, para medir nivel de actividade física, o grao de adherencia á dieta mediterránea, a saúde física e mental, e identificar o consumo de alcohol e tabaco, respectivamente. Todos os universitarios participaron voluntariamente, cumprindo os criterios da Declaración de Helsinki.

A comunidade universitaria amosa uns estilos de vida inadecuados, con prevalencias altas en Sobrepeso, Obesidade e Sedentarismo, que aumentan progresivamente coa idade; e consumos altos de Tabaco e Alcohol. Estes resultados non se desvían de forma importante ao dos hábitos da poboación española.

Na Dieta Mediterránea, o PDI e PAS, reflicten moi boa adherencia, non así os Estudantes que a súa adherencia foi moi baixa. Toda a comunidade universitaria ten unha valoración da percepción da súa saúde bastante alta (80-90%) en ambos sexos, e presenta valores da CVRS, tanto Física como Mental, similares aos da poboación española.

Atopamos que a Obesidade e a Actividade Física están asociados coa CVRS, non así co consumo de Tabaco e a Adherencia á Dieta Mediterránea, sendo de difícil interpretación a asociación co consumo de alcohol.

Conclúese acerca da necesidade de modificar os hábitos da dieta, consumo de tabaco e de alcohol a padróns máis saudables; e suxerir un modelo de fomento da actividade física no contexto educativo universitario.

PALABRAS CLAVE

Estilos de vida, Obesidade, Actividade Física, Dieta Mediterránea, Alcohol, Tabaco, Percepción da Saúde, CVRS, Kidmed, IPAQ e SF-12.

RESUMEN

Teniendo en cuenta todos los aspectos beneficiosos que reportan los estilos de vida saludables para una comunidad, el principal objetivo de este estudio fue identificar el nivel de actividad física, el grado de obesidad y adherencia a la dieta mediterránea, el consumo de alcohol y tabaco, así como su asociación sobre la calidade de vida relacionada con la salud en la comunidade universitaria de Galicia, durante e curso académico 2014/15, con el fin de establecer propuestas que tiendan a mejorar sus hábitos.

El tamaño total de la muestra fue de 1.016 participantes (439 estudiantes, 259 PDI y 318 PAS) de ambos sexos. Los resultados fueron extraídos gracias a la aplicación de los cuestionarios IPAQ, Test Kidmed, SF-12, y un test de tabaco y alcohol, para medir nivel de actividad física, el grado de adherencia a la dieta mediterránea, la salud física y mental, e identificar el consumo de alcohol y tabaco, respectivamente. Todos los universitarios participaron voluntariamente, cumpliendo los criterios de la Declaración de Helsinki.

La comunidad universitaria muestra unos estilos de vida inadecuados, con prevalencias altas en Sobrepeso, Obesidad y Sedentarismo, que aumentan progresivamente con la edad; y consumos altos de Tabaco y Alcohol. Estos resultados no se desvían de forma importante al de los hábitos de la poboación española.

En la Dieta Mediterránea, el PDI y PAS, reflejan muy buena adherencia, no así los Estudiantes que su adherencia fue muy baja. Toda la comunidad universitaria tiene una valoración de la percepción de su salud bastante alta (80-90%) en ambos sexos, y presenta valores de la CVRS, tanto Física como Mental, similares a los de la población española.

Encontramos que la Obesidad y la Actividad Física están asociados con la CVRS y no así con el consumo de Tabaco y la Adherencia a la Dieta Mediterránea, siendo de difícil interpretación la asociación con el consumo de alcohol.

Se concluye acerca de la necesidad de modificar los hábitos da dieta, consumo de tabaco y de alcohol a patrones más saludables y plantear un modelo de fomento de la actividad física en el contexto educativo universitario.

PALABRAS CLAVE

Estilos de vida, Obesidad, Actividade Física, Dieta Mediterránea, Alcohol, Tabaco, Percepción de la Salud, CVRS, Kidmed, IPAQ y SF-12.

ABSTRACT

Given all the beneficial aspects reported by healthy lifestyles for a community, the aim of this study was to identify the degree of physical activity, obesity and adherence to the Mediterranean diet, the consumption of alcohol and tobacco, as well as their association with the quality of life related to health in the university community of Galicia, during the academic year 2014/15, in order to establish proposals aimed at improving their habits. The total sample size was 1.016 participants (439 students, 259 PDI and 318 PAS) of both sexes. Results were extracted through the application of the questionnaires: IPAQ, Test Kidmed, SF-12, and a tobacco and alcohol test, to measure the level of physical activity, the degree of adherence to the Mediterranean diet, physical and mental health, and identify the consumption of alcohol and tobacco, respectively.

All the university community participated voluntarily, fulfilling the criteria of the Declaration of Helsinki.

The university community shows inadequate lifestyles, with high prevalences in Overweight, Obesity and Sedentary, which increase progressively with age; and high consumption of tobacco and alcohol. These results do not deviate significantly from the habits of the Spanish population.

Concerning the Mediterranean diet, the PDI and PAS showed very good adherence, unlike the students, whose adherence was very low. Members of the university community show a very high perception of their own health (80-90%) in both sexes, and present values of HRQOL, both physical and mental, similar to those of the general Spanish population.

We found that Obesity and Physical Activity are associated with HRQOL and not with the consumption of Tobacco and Adherence to the Mediterranean Diet, it was difficult to interpret the association with alcohol consumption.

The conclusion addresses the need to change habits of diet, tobacco and alcohol consumption towards healthier patterns and proposes a model for promoting physical activity in the university educational context.

KEYWORDS

Lifestyles, Obesity, Physical Activity, Mediterranean Diet, Alcohol, Tobacco, Health Perception, HRQOL, Kidmed, IPAQ and SF-12.

AGRADECEMENTOS

Quero agradecerlle a miña nai a educación recibida, esta tese é a manifestación dos valores que ela me ensinou ao longo dos anos.

Á miña muller, Maribel e ás miñas fillas Lucía e Sabela, porque son o soporte da miña vida.

Á miña irmá, Carmen, pola a súa axuda e valiosos consellos.

Gustárame expresar a miña gratitude aos meus directores, Xurxo Dopico Calvo e Francisco Gude Sampedro, porque grazas aos seus coñecementos e paciencia non sería posible chegar hoxe ata aquí.

ÍNDICE

Abreviaturas	19
Índice de figuras	21
Índice de táboas	25
PRESENTACIÓN	29
INTRODUCCIÓN	35

I PARTE: FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

CAPÍTULO 1 SAÚDE, CALIDADE DE VIDA E ESTILOS DE VIDA	41
1.1. Saúde	43
1.2. Calidade de vida	48
1.3. Estilos de vida	52
1.3.1 Factores de Risco	55
1.3.1.1. Inactividade Física	57
1.3.1.2. Dieta Desequilibrada	68
1.3.1.3. Consumo de Alcohol	82
1.3.1.4. Consumo de Tabaco	85
1.3.2. Intervención sobre os Estilos de Vida	88
1.3.2.1. Modelos e teorías de cambio de conduta	89
1.3.2.2. Estratexias de Intervención sobre os Estilos de Vida	94
CAPÍTULO 2 PREVENCIÓN DA ENFERMIDADE E PROMOCIÓN DA SAÚDE	111
2.1. Prevención da enfermidade	113
2.2. Promoción da Saúde	115
2.2.1. Educación para a saúde	118
2.2.2. Promoción da saúde no entorno	119
CAPÍTULO 3 AS UNIVERSIDADES IMPULSORAS DE ACTIVIDADES SAUDABLES	125
CAPÍTULO 4 CONCLUSIÓNS AO MARCO TEÓRICO	135
CAPÍTULO 5 XUSTIFICACIÓN	141

II PARTE: ESTUDO PRÁCTICO

CAPÍTULO 6 OBXECTIVOS	147
CAPÍTULO 7 METODOLOXÍA	151
7.1. Participantes	153
7.2. Mostra	156
7.2.1. Selección da Mostra	156
7.2.2. Criterios de Inclusión	158
7.3. Instrumento: Cuestionario (on line)	159
7.4. Deseño do Estudo.....	160
7.4.1. Estrutura do Cuestionario.....	160
7.4.2. Elección das Variables	161
7.4.2.1. Datos Sociodemográficos	161
7.4.2.2. Grao de Obesidade.....	161
7.4.2.3. Actividade Física.....	163
7.4.2.4. Adherencia á Dieta Mediterránea	167
7.4.2.5. Percepción de Saúde e Calidade de Vida relacionada coa Saúde	168
7.4.2.6. Consumo de Alcohol	169
7.4.2.7. Consumo de Tabaco	171
7.4.3. Proba Piloto	172
7.5. Análise Estatística	172
7.5.1. Soporte Informático.....	172
7.5.2. Potencia do estudo.....	173
7.5.3. Estatística	173
7.5.4. Imputacións e eliminacións.....	173
7.6. Consideracións Éticas	174
7.7. Difusión dos Resultados.....	174
CAPÍTULO 8 RESULTADOS.....	177
8.1. Resultados Estudiantes.....	179
8.1.1. Descrición da Mostra en Estudiantes.....	179
8.1.2. Variables Sociodemográficas en Estudiantes.....	179
8.1.3. Estilos de Vida en Estudiantes	181
8.1.3.1. Grao de Obesidade en Estudiantes	181
8.1.3.2. Nivel de Actividade Física en Estudiantes.....	181
8.1.3.3. Nivel de Adherencia á Dieta Mediterránea en Estudiantes.....	182
8.1.3.4. Consumo de Alcohol en Estudiantes.....	185
8.1.3.4.1. Categorias pola frecuencia de consumo de alcohol	185

8.1.3.4.2. Agrupamento en Bebedores/as e Non Bebedores/as, en Estudantes	186
8.1.3.4.3. Padrón de Consumo	186
8.1.3.4.4. Clasificación de bebedores/as moderados/as e de risco en Estudantes	188
8.1.3.4.5. Idade media de comezo e abandono do consumo de alcohol en Estudantes	188
8.1.3.5. Consumo de Tabaco en Estudantes.....	189
8.1.3.5.1. Categorias pola frecuencia de consumo de Tabaco	189
8.1.3.5.2. Agrupamento en fumadores/as e non fumadores/as.....	189
8.1.3.5.3. Consumo medio de Cigarros / día en Estudantes.....	190
8.1.3.5.4. Idade media de comezo e abandono do consumo de tabaco en Estudantes	190
8.1.4. Percepción de Saúde e CVRS en Estudantes	191
8.1.4.1. Percepción de Saúde en Estudantes	191
8.1.4.2. Calidade de Vida relacionada coa saúde en Estudantes.....	192
8.1.5. CVRS asociada cos Estilos de Vida, en Estudantes.....	194
8.1.5.1. CVRS asociada co Grao de Obesidade en Estudantes.....	194
8.1.5.2. CVRS asociada co nivel de Actividade Física, en Estudantes.....	194
8.1.5.3. CVRS asociada co nivel Adherencia á Dieta Mediterránea, en Estudantes	195
8.1.5.4. CVRS asociada co Consumo de Alcohol, en Estudantes	196
8.1.5.5. CVRS asociada co Consumo de Tabaco, en Estudantes.....	197
8.1.5.6. Análise Multivariante, en Estudantes	198
8.2. Resultados PDI.....	201
8.2.1. Descrición da Mostra en PDI.....	201
8.2.2. Variables Sociodemográficas en PDI.....	201
8.2.3. Estilos de Vida en PDI	203
8.2.3.1. Grao de Obesidade en Estudantes.....	203
8.2.3.2. Nivel de Actividade Física en PDI.....	203
8.2.3.3. Nivel de Adherencia á Dieta Mediterránea en Estudantes.....	204
8.2.3.4. Consumo de Alcohol en PDI	207
8.2.3.4.1. Categorias pola frecuencia de consumo de alcohol en PDI	207
8.2.3.4.2. Agrupamento en Bebedores/as e Non Bebedores/as, en PDI	208
8.2.3.5. Padrón de Consumo	208
8.2.3.6. Clasificación de bebedores/as moderados/as e de risco.....	210
8.2.3.7. Idade media de comezo e abandono do consumo de alcohol en PDI	210
8.2.3.8. Consumo de Tabaco en PDI	211
8.2.3.8.1. Categorias pola frecuencia de consumo de Tabaco en PDI	211
8.2.3.8.2. Agrupamento en fumadores/as e non fumadores/as en PDI	211
8.2.3.8.3. Consumo medio de Cigarros / día en PDI.....	212
8.2.3.8.4. Idade media de comezo e abandono do consumo de tabaco en Estudantes	212
8.2.4. Percepción da Saúde e CVRS en PDI.....	213
8.2.4.1. Percepción da Saúde en PDI.....	213
8.2.4.2. Calidade de Vida relacionada coa saúde en PDI	214

8.2.5. CVRS asociada cos Estilos de Vida, en PDI.....	216
8.2.5.1. CVRS asociada co Grao de Obesidade en PDI.....	216
8.2.5.2. CVRS asociada co nivel de Actividade Física, en PDI.....	216
8.2.5.3 CVRS asociada co nivel Adherencia á Dieta Mediterránea, en PDI	217
8.2.5.4. CVRS asociada co Consumo de Alcohol, en PDI	218
8.1.5.5. CVRS asociada co Consumo de Tabaco, en PDI.....	219
8.2.5.6. Análise Multivariante, en PDI	220
8.3. Resultados PAS	222
8.3.1. Descrición da Mostra en PAS	222
8.3.2. Variables sociodemográficas en PAS	222
8.3.3. Estilos de Vida en PAS	224
8.3.3.1. Grao de Obesidade en PAS.....	224
8.3.3.2. Nivel de Actividade Física en PAS.....	225
8.3.3.3. Nivel de Adherencia á Dieta Mediterránea en PAS.....	226
8.3.3.4. Consumo de Alcohol en Estudiantes.....	229
8.1.3.4.1. Categorias pola frecuencia de consumo de alcohol	229
8.3.3.4.2. Agrupamento en Bebedores/as e Non Bebedores/as, en PAS	230
8.3.3.4.3. Padrón de Consumo de alcohol en PAS	230
8.3.3.4.4. Clasificación de bebedores/as moderados/as e de risco en PAS	232
8.3.3.4.5. Idade media de comezo e abandono do consumo de alcohol en PAS	232
8.3.3.5 Consumo de Tabaco en Estudiantes.....	233
8.3.3.5.1. Categorias pola frecuencia de consumo de Tabaco en PAS	233
8.3.3.5.2. Agrupamento en fumadores/as e non fumadores/as, en PAS	233
8.3.3.5.3. Consumo medio de Cigarros / día en Estudiantes	234
8.3.3.5.4. Idade media de comezo e abandono do consumo de tabaco en PAS	234
8.3.4. Percepción da Saúde e CVRS en PAS	235
8.3.4.1. Percepción da Saúde en PAS.....	235
8.3.4.2. Calidade de Vida relacionada coa saúde en PAS.....	236
8.3.5 CVRS asociada cos Estilos de Vida, en PAS.....	238
8.3.5.1 CVRS asociada co Grao de Obesidade en PAS.....	238
8.3.5.2 CVRS asociada co nivel de Actividade Física, en PAS.....	238
8.3.5.3 CVRS asociada co nivel Adherencia á Dieta Mediterránea, en PAS	239
8.3.5.4. CVRS asociada co Consumo de Alcohol, en PAS.....	240
8.3.5.5. CVRS asociada co Consumo de Tabaco, en PAS.....	241
8.3.5.6. Análise Multivariante, en PAS.....	242
CAPÍTULO 9 DISCUSIÓN	245
9.1. Introducción á Discusión.....	247
9.1.1. Estilos de vida na comunidade universitaria	247
9.1.2. A relación entre a CVRS e os estilos de vida.....	248
9.2. Discusión dos resultados por grupos.....	249

9.2.1. Discusión ESTUDANTES	249
9.2.1.1. Discusión da Mostra en Estudantes	249
9.2.1.2. Discusión das Variables Sociodemográficas en Estudantes.....	249
9.2.1.3. Discusión sobre os Estilos de Vida en Estudantes	250
9.2.2. Discusión da Percepción de Saúde e CVRS en Estudantes	260
9.2.3. Discusión da CVRS asociada cos Estilos de Vida, en Estudantes.....	261
9.2.4. Discusión PDI	266
9.2.4.1. Discusión da Mostra en PDI	266
9.2.4.2. Discusión das Variables Sociodemográficas PDI.....	266
9.2.4.3. Discusión sobre os Estilos de Vida en PDI.....	267
9.2.4.4. Discusión da Percepción de Saúde e CVRS en PDI.....	273
9.2.4.5. Discusión da CVRS asociada cos Estilos de Vida, en PDI.....	273
9.2.5. Discusión PAS	277
9.2.5.1. Discusión da Mostra en PAS	277
9.2.5.2. Discusión das Variables Sociodemográficas en PAS	278
9.2.5.3. Discusión sobre os Estilos de Vida en PAS.....	278
9.2.5.4. Discusión da Percepción de Saúde e CVRS en PAS	284
9.2.5.5. Discusión da CVRS asociada cos Estilos de Vida, en PAS.....	285
 CAPÍTULO 10 CONCLUSIÓNS	 291
10.1. Conclusións estudantes	293
10.2. Conclusións PDI	293
10.3. Conclusións PAS.....	294
 CAPÍTULO 11 DISCUSIÓN DO MATERIAL E MÉTODOS	 297
11.1. Limitacións.....	299
11.2. Puntos fortes.....	301
 CAPÍTULO 12 LIÑAS FUTURAS DE INVESTIGACIÓN	 303
12. LIÑAS FUTURAS DE INVESTIGACIÓN	305
 BIBLIOGRAFÍA	 307
 ANEXOS	 359
Anexo 1. Carta de presentación dos vicerreitores á Comunidade Universitaria.	359
Anexo 2. Cuestionario Universidades Galegas.	361
Anexo 3. Relatorio a raíz da presente tese. Vila Real (Portugal), 3 de febreiro de 2016.....	369
Anexo 4. Relatorio a raíz da presente tese. Pontevedra, 3 de xuño de 2016.	371
Anexo 5. Artigo publicado.	373

ÍNDICE

Anexo 6. Actividades con recoñecemento de créditos ECTS da UDC. Curso 2017-18.....	381
Anexo 7. Recoñecemento de créditos pola participación en actividades de escolas físico deportivas da USC. Curso 2017-18.....	383
Anexo 8. Actividades con recoñecemento de créditos ECTS da UVigo. Curso 2017-18.....	387

Abreviaturas

AF	Actividade Física
ADM	Adherencia á Dieta Mediterránea
AHA	American Heart Association
BEG	Boletín Epidemiolóxico de Galicia
CSF	Compoñente Sumario Físico
CSM	Compoñente Sumario Mental
CV	Calidade de Vida
CVRS	Calidade de Vida relacionada coa Saúde
DM	Dieta Mediterránea
DE	Diesviación Estándar
EDADES	Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España
EESE	Encuesta Europea de Salud de España
ENSE	Encuesta Nacional de Salud de España
ESTUDES	Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanza Secundaria
ECNT	Enfermedades Crónicas Non Transmisibles
ENT	Enfermedades Non Transmisibles
FAT	Fume Ambiental do Tabaco
IMC	Índice de Masa Corporal
INE	Instituto Nacional de Estadística
IPAQ	International Physical Activity Questionary
KIDMED	Test para avaliar a ADM.
MET	Metabolic Energic Turnover (Equivalente Metabólico)

ABREVIATURAS

NAOS	Nutrición, Actividad Física y Prevención de la Obesidade
NCHS	National Health Care Surveys
ODS	Obxectivos de Desenvolvemento Sostible
OEDT	Observatorio Español sobre Drogas y Toxicomanías
OMS	Organización Mundial da Saúde
ONU	Organización das Nacións Unidas
PAS	Persoal de Administración e Servizos
PAPPS	Programa de Actividades Preventivas e de Promoción Saúde
PDI	Personal Docente e Investigador
REUS	Red Universitaria de Universidades Saludables
SEEDO	Sociedade Española para o Estudo da Obesidade
SF12	12-Item Short Form Health Survey
SUG	Sistema Universitario de Galicia
UBE	Unidade de Bebida Estándar
UNESCO	United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization
UDC	Universidade da Coruña
USC	Universidade de Santiago de Compostela
UVigo	Universidade de Vigo
UE	Unión Europea
PND	Plan Nacional sobre Drogas
SENC	Sociedad Española de Nutrición Comunitaria

Índice de figuras

Figura 1.	Estratexia 4x4.....	36
Figura 2.	Evolución da porcentaxe da Percepción de Saúde da poboación española de 15 e + anos, na que valora o seu estado de saúde como positivo (Bo e Moi Bo) segundo o sexo, dende 1987 a 2014.....	47
Figura 3.	Gráfica na que se amosa a evolución da porcentaxe de Percepción de Saúde con valoración positiva (Excelente, Moi boa e Boa), da poboación galega adulta e no grupo de 16 a 24 anos, segundo o sexo, dende 2007 a 2015	48
Figura 4.	Áreas que describen os aspectos fundamentais da CV en todas as culturas (OMS).	50
Figura 5.	Gráfica na que se amosa a evolución da porcentaxe do Sedentarismo na poboación española de 15 e + anos. Segundo o sexo, dende 1993 a 2014.	66
Figura 6.	Gráfica na que se amosa a evolución da porcentaxe de sedentarismo na poboación galega adulta e no grupo de 16 a 24 anos, segundo o sexo, dende 2007 a 2015	67
Figura 7.	Pirámide da Dieta Mediterránea: un estilo de vida actual.....	71
Figura 8.	Gráfica na que se amosa a evolución da porcentaxe de Obesidade e Sobre peso na poboación española de 15 e + anos, segundo o sexo, dende 1987 a 2014.	73
Figura 9.	Gráfica na que se amosa a evolución da porcentaxe de Obesidade e Sobre peso na poboación galega adulta segundo o sexo, dende 2006 a 2015.	74
Figura 10.	Gráfica na que se amosa o consumo de froita fresca e de verdura na poboación española adulta, segundo o sexo, dende 2001 a 2014.	77
Figura 11.	Gráfica na que se amosa a porcentaxe do consumo diario de froita e verduras na poboación galega adulta e no grupo de 16 a 24 anos, segundo o sexo, do ano 2014.	78
Figura 12.	Almorzo Saudable.....	79
Figura 13.	Principais signos e síntomas de Non Almorzar.....	80
Figura 14.	Gráfica na que se amosa a porcentaxe do hábito de Non Almorzar na poboación española de 15-24 e de 25-34 anos. Segundo o sexo, dende 2001 a 2011.....	81
Figura 15.	Gráfica na que se amosa a porcentaxe do hábito de Non Almorzar na poboación española de 35-44 e de 45-54 anos. Segundo o sexo, dende 2001 a 2011.....	81

Figura 16.	Gráfica na que se amosa a porcentaxe do hábito de Non Almorzar na poboación española de 55-64 anos. Segundo o sexo, dende 2001 a 2011.	82
Figura 17.	Gráfica na que se amosa o consumo habitual de alcohol na poboación española de 15 e + anos. Segundo o sexo, dende 2006 a 2014.	84
Figura 18.	Gráfica na que se amosa a evolución da porcentaxe de Fumadores/as na poboación española de 15 e + anos e de 15 a 24 anos. Segundo o sexo, dende 1993 a 2014.	87
Figura 19.	Gráfica na que se amosa a evolución da porcentaxe de Fumadores/as na poboación galega de adultos e do grupo de 15 a 24 anos. Segundo o sexo, de 2005 a 2015.	88
Figura 20.	Modelo dos Estadíos do Cambio ou Modelo Transteórico de Prochaska e Diclemente.	92
Figura 21.	Modelo das 5 A ^{es} para as intervencións de asesoramento da U.S. Preventive Services Task Force.	93
Figura 22.	Pirámide da Alimentación Saúdale da SENC - 2015.	101
Figura 23.	Estratexia de prevención e control do tabaquismo.	107
Figura 24.	Niveis de Prevención da Enfermidade.	115
Figura 25.	Contribución das Universidades para o incremento e promoción da Saúde (Tsouros, 1998).	129
Figura 26.	Liñas estratéxicas da REU.	131
Figura 27.	Obxectivos da REUS.	132
Figura 28.	Principios e obxectivos da Declaración de Pamplon.	133
Figura 29.	Mapa de Galicia onde se sitúan as 3 universidades galegas e os seus correspondentes Campus Universitarios.	153
Figura 30.	Porcentaxe da poboación Universitaria de Galicia por Campus. Curso 2014/15.	155
Figura 31.	Porcentaxe da poboación Universitaria de Galicia por Grupo e Sexo. Curso 2014/15.	155
Figura 32.	Apartados incluídos no cuestionario.	160
Figura 33.	Boxplot das variables sociodemográficas: Idade, Peso, Altura e Índice de Masa Corporal por homes e mulleres, en Estudantes.	180
Figura 34.	Respostas do TEST KIDMED, en Estudantes.	184
Figura 35.	Padrón de consumo en UBE por Sexo, en Estudantes.	187

Figura 36.	Clasificación da percepción de Saúde en Estudantes, dúas categorías (Boa/Mala).	192
Figura 37.	Boxplot dos Componentes Sumarios Físico e Mental segundo as puntuacións do SF12 versión 1, en Estudantes	193
Figura 38.	Boxplot das variables sociodemográficas: Idade, Peso, Altura e Índice de Masa Corporal, en PDI.....	202
Figura 39.	Respostas do TEST KIDMED, en PDI.....	206
Figura 40.	Padrón de consumo en UBE por Sexo, en PDI.....	209
Figura 41.	Clasificación da percepción de Saúde en dúas categorías, en PDI.	214
Figura 42.	Boxplot dos CSF e CSM segundo as puntuacións do SF-12 versión 1, en PDI.	215
Figura 43.	Boxplot das variables sociodemográficas (Idade, Peso, Altura e Índice de Masa Corporal), en PAS	224
Figura 44.	Respostas do TEST KIDMED en PAS.....	228
Figura 45.	Padrón de consumo en UBE, por Sexo en PAS	231
Figura 46.	Clasificación da percepción de Saúde en dúas categorías en PAS	236
Figura 47.	Boxplot dos Componentes Sumarios Físico e Mental segundo as puntuacións do SF-12 versión 1, en PAS	237

Índice de táboas

Táboa 1.	Porcentaxes do Eurobarómetro sobre os niveis de actividade física e deporte na UE. Bruxelas, 24 de marzo de 2014.	64
Táboa 2.	Censo da poboación Universitaria de Galicia. Curso Académico 2014/15.	154
Táboa 3.	Distribución da mostra de Estudantes por Universidade, Campus e Sexo.	157
Táboa 4.	Distribución da mostra de PDI por Universidade, Campus e Sexo.	158
Táboa 5.	Distribución da mostra do PAS por Universidade, Campus e Sexo.	158
Táboa 6.	Grao de Obesidade segundo o IMC, definidos pola SEEDO.	162
Táboa 7.	Intensidades e gasto enerxético dos tipos máis habituais de actividade física.	165
Táboa 8.	Criterios do IPAQ para clasificación das categorías de AF.	166
Táboa 9.	Bebidas máis habituais coa súa correspondencia en UBE.	170
Táboa 10.	Clasificación segundo o consumo de alcohol, en g e UBE.	170
Táboa 11.	Distribución das variables sociodemográficas: Idade, Peso, Altura e Índice de Masa Corporal, en Estudantes	179
Táboa 12.	Grao de Obesidade en Estudantes. Estudio Global por Sexo, en Estudantes	181
Táboa 13.	Nivel de Actividade Física por Sexo, en Estudantes	182
Táboa 14.	Nivel de Adherencia á Dieta Mediterránea por Sexo, en Estudantes	183
Táboa 15.	Categorías de Consumo de Alcohol por Sexo, en Estudantes	185
Táboa 16.	Clasificación de Alcohol 2 categorías, en Estudantes	186
Táboa 17.	Consumo medio de UBE en Estudantes, por Sexo.	187
Táboa 18.	Clasificación de Alcohol segundo o consumo de UBE, en Estudantes	188
Táboa 19.	Categorías de Consumo de Tabaco en Estudantes, por Sexo.	189
Táboa 20.	Clasificación de Tabaco en Estudantes, 2 categorías.	190
Táboa 21.	Categorías da Percepción de Saúde por Sexo, en Estudantes.	191
Táboa 22.	Compoñentes Sumario Físico e Mental por Sexo, en Estudantes	192
Táboa 23.	CVRS asociada co Grao de Obesidade por sexo, en Estudantes	194
Táboa 24.	CVRS asociada co nivel de Actividade Física e Sexo, en Estudantes.	195

Táboa 25.	CVRS asociada co nivel de Adherencia á Dieta Mediterránea e Sexo, en Estudantes	196
Táboa 26.	CVRS asociada co consumo de Alcohol por Sexo, en Estudantes	197
Táboa 27.	CVRS asociada co Consumo de Tabaco, en Estudantes.....	198
Táboa 28.	Modelo explicativo da influencia dos Estilos de Vida sobre a Calidade de Vida Física e Mental (SF-12), en Estudantes	199
Táboa 29.	Distribución das variables sociodemográficas: Idade, Peso, Altura e Índice de Masa Corporal, en PDI.	201
Táboa 30.	Grao de Obesidade. Estudo Global por Sexo, en PDI	203
Táboa 31.	Nivel de Actividade Física por Sexo, en PDI	204
Tabla 32.	Nivel de Adherencia á Dieta Mediterránea por Sexo, en PDI	204
Táboa 33.	Categorías de Consumo de Alcohol por Sexo, en PDI	207
Táboa 34.	Clasificación de Alcohol en 2 categorías, en PDI.....	208
Táboa 35.	Consumo medio de UBE, por Sexo, en PDI.....	209
Táboa 36.	Clasificación de Alcohol segundo consumo de UBE, en PDI.....	210
Táboa 37.	Categorías de Consumo de Tabaco por Sexo, en PDI	211
Táboa 38.	Clasificación de Tabaco en 2 categorías, en PDI.....	212
Táboa 39.	Categorías da Percepción de Saúde por Sexo, en PDI.....	213
Táboa 40.	Compoñentes Sumario Físico e Mental por Sexo, en PDI.....	214
Táboa 41.	CVRS asociada co Grao de Obesidade por sexo, en PDI.....	216
Táboa 42.	CVRS asociada co nivel de Actividade Física por sexo, en PDI.....	217
Táboa 43.	CVRS asociada co nivel de Adherencia á Dieta Mediterránea e Sexo, en PDI.....	218
Tabla 44.	CVRS asociada co consumo de Alcohol por Sexo, en PDI.....	219
Táboa 45.	CVRS asociada co Consumo de Tabaco, en PDI.	220
Táboa 46.	Modelo explicativo da influencia dos Estilos de Vida sobre a Calidade de Vida Física e Mental (SF-12), en PDI	221
Táboa 47.	Distribución das variables sociodemográficas: Idade, Peso, Altura e Índice de Masa Corporal, en PAS.....	223
Táboa 48.	Grao de Obesidade. Estudio Global por Sexo, en PAS	225
Táboa 49.	Niveis de Actividade Física por Sexo, en PAS.....	226

Táboa 50.	Niveis da Adherencia á Dieta Mediterránea por Sexo, en PAS	226
Táboa 51.	Categorías de Consumo de Alcohol por Sexo en PAS	229
Táboa 52.	Clasificación de Alcohol en 2 categorías, en PAS	230
Táboa 53.	Consumo medio de UBE, por Sexo en PAS	231
Táboa 54.	Clasificación de Alcohol segundo consumo de UBE en PAS	232
Táboa 55.	Categorías de Consumo de Tabaco por Sexo, en PAS.	233
Táboa 56.	Clasificación de Tabaco en 2 categorías, en PAS.....	234
Táboa 57.	Categorías da Percepción de Saúde por Sexo en PAS.....	235
Táboa 58.	Compoñentes Sumario de Saúde Física e Mental por Sexo en PAS	236
Táboa 59.	CVRS asociada co Grao de Obesidade por sexo, en PAS.	238
Táboa 60.	CVRS asociada co nivel de Actividade Física por sexo, en PAS.....	239
Táboa 61.	CVRS asociada co nivel de Adherencia á Dieta Mediterránea e Sexo, en PAS.....	240
Táboa 62.	CVRS asociada co consumo de Alcohol por Sexo, en PAS.....	241
Táboa 63.	CVRS asociada co consumo de Tabaco por Sexo, en PAS.....	242
Táboa 64.	Modelo explicativo da influencia dos Estilos de Vida sobre a Calidade de Vida Física e Mental (SF-12), en PAS	243

PRESENTACIÓN

A partir de 1970 os problemas de saúde relacionados cos cambios producidos nos estilos de vida foron cobrando maior presenza e consideración na sociedade. Isto foi debido a que este tipo de condutas están relacionadas coa saúde e interveñen de forma importante na morbi-mortalidade dunha comunidade.

Entendemos por comunidade un grupo específico de persoas que a miúdo viven nunha zona xeográfica determinada, que comparten unha cultura común, valores e normas, organizándose nunha estrutura social en función das relacións que este grupo desenvolveu durante un período de tempo (OMS, 2008).

"A saúde é un estado de completo benestar físico, mental e social, e non soamente a ausencia de afeccións ou enfermidades" (OMS, 1948). Esta cita procede do Preámbulo da Constitución da Organización Mundial da Saúde (OMS), e esta definición no foi modificada dende 1948.

O Grupo de Calidade de Vida da OMS define a calidade de vida relacionada coa saúde (CVRS) como: "A percepción dun individuo da súa posición na vida, no contexto cultural e o sistema de valores en que vive, en relación coas súas metas, obxectivos, expectativas, valores e preocupacións" (WHOQOL Group, 1995).

O conxunto de hábitos cotiáns de comportamento determinan o estilo de vida das persoas, entendendo como estilo de vida, os padróns de conduta individuais que demostran certa consistencia no tempo, baixo condicións máis ou menos constantes e que poden constituirse en dimensións de risco ou de seguridade dependendo da súa natureza (Roth, 1990).

Hai numerosos estudos científicos que relacionan os hábitos saudables cunha mellora na calidade de vida, analizando a relación entre diferentes condutas de saúde, e constatando que un determinado padrón pode conducir a unha situación de maior ou menor risco para a saúde.

Comportamentos como a inactividade física, a dieta desequilibrada, o consumo do alcohol e do tabaco son estilos de vida que actúan sobre a saúde, intervindo de forma directa na morbi-mortalidade.

Está demostrado que para varios organismos como o *Ministerio de Sanidad*, WHO e o *United States Department of Health and Human Services* (HHS), *Consejo Superior de Deportes* (CSD) e varios autores que unha Actividade Física regular trae consigo múltiples beneficios no ámbito físico, psicológico e socio-afectivo para quen a practica e a percepción da calidade de vida relacionada coa saúde (CVRS) aumenta conforme aumenta o nivel de práctica deportiva (Telama et al., 2005; WHO, 2006; Gray e Leyland, 2008; WHO, 2010; HHS, 2008; Blair e Hardman, 2009; OMS, 2010; CSD, 2010; Ferrer, et al., 2012; Lee et al., 2012; Jurgens, 2006; Fogelholm et al., 2000).

Hoxe en día, o sedentarismo converteuse nun dos principais causantes de enfermidades crónicas non transmisibles (ECNT), entre as que se atopan a obesidade, as enfermidades cardiovasculares, a diabetes, as dislipemias, a osteoporose, ou certos tipos de cancro; este tipo de doenzas son unha causa, cada vez máis importante, da perda de calidade de vida, e constitúen unha preocupación para a saúde pública (Hudgson et al., 1995; HHS, 2000; Hagger et al., 2001; Puhl e Brownell, 2003; Galicia Saudable, 2011; HHS, 2014).

Uns hábitos alimentarios inadecuados asocianse coa aparición de enfermidades relacionadas tanto coa deficiencia de nutrientes: anemias, osteoporose, etc. como ao do exceso de alimentos: obesidade, enfermidades cardiovasculares, diabetes, etc. (Giovannucci et al., 1996; Ballard-Barbash e Swanson, 1996; Gelber et al., 1999; Thakur et al., 2001; Hu et al., 2001; Danai et al., 2005; HHS, 2006; Festi et al., 2009).

O abuso no consumo de alcohol, causante de múltiples e diferentes tipos de enfermidades, é responsable de notables perxuizos sociais, mentais e emocionais, incluíndo criminalidade e todo tipo de violencia, que conducen a enormes custos para a sociedade (Robledo, 2006; Alvarez et al., 2008).

O tabaquismo activo como ou pasivo causan, alomenos, varios tipos de cancros, enfermidades coronarias e cerebrovasculares, patoloxía obstétrica e neonatal e

enfermedades pulmonares, sendo o principal factor responsable do cancro de pulmón (HHS, 2014; Parkin, 2011).

A etapa na que o estudante realiza os estudos universitarios adoita coincidir co momento no que saen do seu entorno familiar e dispóñense a vivir de forma independente, polo que moitos deles convertense por primeira vez nos responsables de sí mesmos. Neste momento, hai un abandono dos hábitos familiares debido a cambios na organización da vida, recursos económicos limitados, gran oferta de comidas preparadas, comodidade ou falta de tempo así como a inexperiencia na compra, planificación e preparación de alimentos (Papadaki et al., 2007).

Varias investigacións demostraron que, en xeral, os universitarios adoitan hábitos que representan riscos para a súa saúde, no que inclúen o tabaquismo, o consumo de alcohol, a inactividade física, prácticas alimentarias non saudables, relacións sexuais inseguras, consumo de estupefacientes, entre outros. Todos estes comportamentos inciden na súa calidade de vida (Steptoe, et al., 2001), implicando este paso pola Universidade un momento especialmente crítico para esta poboación dado que van a adquirir e, algunhas veces, reforzar uns hábitos que van a influir, positivamente ou negativamente na súa saúde futura.

A OMS e a Unión Europea chamaron a atención sobre a necesidade de elaborar plans e procesos que articularasen unha resposta integrada fronte a este problema de saúde pública, propoñendo unas “directrices para a acción” dirixidas aos responsables da toma de decisións a todos os niveis (europeo, nacional, rexional e local), así no artigo 43 da Constitución Española, referente á “Protección da Saúde e Fomento do Deporte”, redáctase o seguinte:

1. Recoñécese o dereito á protección da saúde.
2. Correspóndelles aos poderes públicos organizaren e tutelaren a saúde pública mediante medidas preventivas e as prestacións e servizos necesarios. No tocante a iso, a lei establecerá os dereitos e deberes de todos.
3. Os poderes públicos fomentarán a educación sanitaria, a educación física e mailo deporte. Tamén facilitarán a adecuada utilización do lecer.

Polo tanto, recoméndase aos poderes públicos, potenciar e promocionar estilos de vida saudables, polo que é necesario tomar conciencia efectiva da eficacia da educación e promoción da saúde (Hortangas, 2016).

A Universidade, como axente trasmisor de ciencia e coñecementos, tamén debería ocuparse da promoción da saúde dos xóvenes estudantes universitarios fomentando a adquisición e/ou mantemento de estilos de vida saudables (Pastor, 2007).

Esta promoción da saúde no ámbito universitario mellorará a calidade de vida (CV) e o benestar dos que alí estuden ou traballen e ademáis, permitirá formalos para que actúen como modelos ou promotores de condutas saudables nas súas familias, nos seus futuros entornos laborais, na súa comunidade e na sociedade en xeral. Ademáis, a Universidade en sí, é unha institución cun gran poder de influencia social, e por tanto, pode favorecer a promoción da saúde na sociedade. Nela formaránse os futuros profesionais que configurarán os servizos da comunidade (Bennasar, 2012).

O Sistema Universitario de Galicia (SUG), mediante as tres universidades galegas que o conforman: Universidade da Coruña (UDC), Universidade de Santiago de Compostela (USC) e Universidade de Vigo (UVigo), cunha poboación aproximada de 75.000 persoas, debe desenvolver un papel fundamental na promoción de estilos de vida saudables, debido a que a maioría da comunidade universitaria son estudantes universitarios que están nunha etapa da vida de gran importancia para a súa saúde e na que poden afianzar tanto os estilos de vida saudables como perxudicais para a súa saúde.

A presente tese de doutoramento titulada, “*A calidade de vida relacionada coa actividade física e outros hábitos na comunidade universitaria de Galicia*”, realizouse no marco do Programa Oficial de Doutoramento en Ciencias do Deporte, Educación Física e Actividade Física Saudable (interuniversitario), pertencente ao Departamento de Educación Física e Deportiva, da Facultade de Ciencias do Deporte e a Educación Física da Universidade da Coruña.

Esta investigación, comezou en xaneiro de 2015, tendo como tema principal a exploración da actividade física e outros comportamentos relacionados coa saúde na comunidade universitaria de Galicia.

Na presentación expónse o estado actual dos problemas de saúde relacionados cos cambios producidos nos estilos de vida a nivel xeral.

O propósito principal da introducción é a de contextualizar todo o exposto anteriormente a nivel xeral en España para finalmente situarnos en Galicia, comunidade autónoma a que pertence a poboación universitaria obxecto deste estudo.

A continuación, relacionanse os capítulos do marco teórico:

No capítulo 1 profundízase sobre a saúde, calidade de vida e estilos de vida cos seus factores de risco e a a súa intervención, no capítulo 2 fálase da prevención e promoción da saúde, no capítulo 3 coméntase o papel da Universidade coas implementacións de plans e na construción dun entorno social e físico que promova uns estilos de vida que tendan a que a comunidade universitaria sexa cada vez máis saudable, para no capítulo 4, presentar as conclusión ao marco teórico.

Na parte do estudo práctico, no capítulo 5, enuméranse os obxectivos que se pretenden acadar.

No capítulo 6, descríbese a metodoloxía, coa descrición dos participantes, cómo se fixo a mostra, qué instrumentos foron empregados para a recollida dos datos, deseño do estudo, análise estatística, limitacións do estudo, sen esquecer as consideracións éticas.

A fase do traballo de campo estivo comprendida entre os meses de abril e maio de 2015 onde se pasou, vía on line, un cuestionario ás tres universidades de Galicia.

O capítulo 7 adícase á análise e resultados dos 3 grupos que forman a poboación obxecto de estudo: Estudantes (EST), Persoal Docente e Investigación (PDI) e Persoal de Administración e Servizos (PAS), e os resultados referenciados ás variables sociodemográficas, Grao de Obesidade, Actividade Física, Dieta, Percepción de Saúde, Consumo de Alcohol e Tabaco, e Calidade de Vida.

No capítulo 8 preséntase á discusión; no primeiro apartado destínase á discusión propia dos resultados máis destacados de cada grupo, contrastando e comparando cos atopados noutras investigación; no segundo apartado discútese sobre o material e método, facendo constar as limitacións e debilidades así como as vantaxes e puntos fortes no que se sustenta

este estudo. No último apartado deste capítulo farase mención ás liñas futuras de investigación.

No capítulo 9 van as conclusións finais deste estudo para no capítulo 10, faráse unha discusión do material e métodos, onde se verán as limitacións deste estudo como os aspectos máis relevantes que fortalecen e xustifican á presente investigación.

No capítulo 11, liñas futuras de investigación, propóñense alternativas e solucións reais que poidan contribuir e reforzar plans e estratexias postas en marcha para acadar un estilo saudable na comunidade universitaria galega.

No apartado da Bibliografía recóllese toda a bibliografía utilizada no documento, citas de libros, citas de artigos científicos, páxinas web, etc. que fundamentaron este traballo.

Finalmente, preséntanse os Anexos que integran os diferentes documentos, como foron a carta de presentación dos vicerreitores con información aos participantes, cuestionario empregado, as contribucións derivadas desta investigación (dous relatorios presentados en congresos e un artigo científico publicado) en referencia ao presente traballo de investigación e os recoñecementos de créditos de ECTS das tres universidades galegas.

INTRODUCCIÓN

Nos países occidentais, a esperanza de vida experimentou notables avances no último século, e conseguiu con diminucións na probabilidade de morrer debido aos avances médicos e tecnolóxicos, redución nas taxas de mortalidade infantil, cambios nos hábitos nutricionais e estilos de vida, mellora nos niveis de condicións materiais de vida e na educación, así como o acceso da poboación aos servizos sanitarios.

Para o *Instituto Nacional de Estadística* (INE), un dos grandes logros nos países desenvolvidos foi o aumento da esperanza de vida da poboación, que España, en 1991 estaba en 73,49 anos nos homes e 80,65 anos nas mulleres, e segundo os indicadores foi en aumento ata que en 2015 acadou 79,93 anos en homes e 85,42 en mulleres. A esperanza de vida é o número medio de anos que una persoa dunha determinada idade esperaría seguir vivindo en caso de manterse o padrón de mortalidade por idade. Actualmente é o indicador máis amplamente utilizado para realizar comparacións sobre a incidencia da mortalidade en distintas poboacións e, en base a isto, sobre as condicións de saúde e nivel de desenvolvemento dunha poboación (INE, 2017).

Segundo os datos do *Instituto Galego de Estatística* (IGE) en Galicia a esperanza de vida, en 2015, foi nos homes de 79,53 anos e 85,64 nas mulleres (IGE, 2015), este aumento medio dos anos de vida non sempre vai asociado a unha boa calidade de vida dado que segundo o estudo do *Sistema de Información de Condutas de Risco* (SICRI) da Consellería de Sanidade da Xunta de Galicia, na poboación adulta galega, o 74,5% dos homes e o 65,83% das mulleres refíren que o seu estado de saúde era boa, diminuíndo esta percepción de bo estado de saúde cando aumenta a idade (SICRI, 2015).

Analizando os datos dos estudos demográficos, no que reflicten un aumento de esperanza de vida nas sociedades modernas dende finais do século pasado, podemos observar que hai un cambio das enfermidades transmisibles cara ás *Enfermidades Non Transmisibles* (ENT), e en España, esta tendencia avanza a un predominio nas enfermidades crónicas.

No estudo mundial de carga de enfermidade *Global Burden of Disease Study* (GBDS), sinalan que os cinco factores de risco que supoñen unha maior carga de enfermidade na rexión de Europa occidental son: o tabaquismo, a hipertensión arterial (HTA), a obesidade, o abuso de

alcohol e a inactividade física (GBDS, 2010), pódese ver máis concretamente os resultados de España no *GBD Profiles: Spain* (GBD, 2010) así como en varios traballos científicos que van nesta dirección (Lim, et al., 2013; Catalá e Genova, 2013; Cosselman et al., 2015).

A través da OMS, o problema das ENT foi obxecto de consideración na Organización das Nacións Unidas (ONU), que en setembro de 2011 convoca unha *Reunión de Alto Nivel* da Asamblea Xeral sobre a Prevención e Control das ENT (UN, 2011). Desta reunión, á que só asistiron os mandatarios de máis alto nivel de todas as nacións do mundo, derivou nunha declaración política de extraordinaria trascendencia que foi denominada **Estratexia 4x4**, chamada así porque nela abordáronse os catro principais factores de risco comúns: dieta desequilibrada, inactividade física, alcohol e tabaco, que inflúen nas catro principais enfermidades crónicas: enfermidade cardiovascular, cancro, diabetes e enfermidade respiratoria crónica, (figura 1). Estes catro factores son os identificados pola OMS e as Nacións Unidas como os factores de risco evitables que xeran a maior carga de enfermidade, sobre os que hai que actuar, e no que estableceron como obxectivo unha redución do 25% na mortalidade relativa por estas enfermidades para o ano 2025 (Forouzanfar et al., 2016; OMS, 2017).

Polo tanto, utilizando esta abordaxe integral sobre os principais factores de risco de enfermidades crónicas non transmisibles, gañaríase sustancialmente en saúde, tanto individual como poboacional.

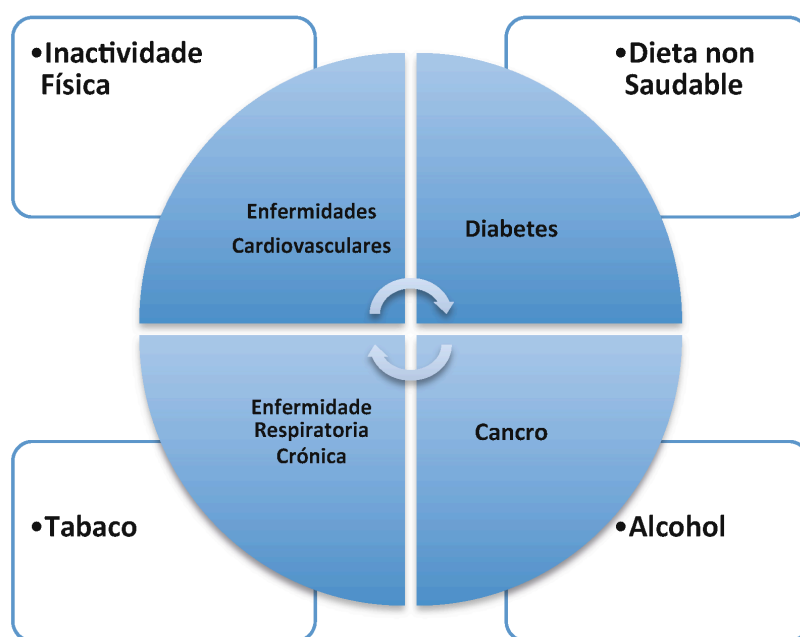


Figura 1. Estratexia 4x4. (4 factores de risco evitables causantes das 4 enfermidades crónicas).

A European Union Health Policy Forum (EUHPF), comentou que existen importantes diferenzas nos estilos de vida e os determinantes da saúde en función da idade, sexo e a posición socioeconómica, debendo estas cuestións ser abordadas especificamente (EUHPF, 2012).

En Galicia tamén hai un incremento da prevalencia de enfermidades crónicas relacionadas cos estilos de vida, e é necesario o deseño de estratexias de prevención e promoción da saúde onde as Universidades teñen que ter un papel relevante dentro da súa comunidade.

Por iso, é moi importante que as universidades conten con profesionais para que desenvolvan actividades orientadas a incentivar a práctica regular de actividade física impulsando escolas deportivas, rutas de sendeirismo, actividades físicas de mantemento e contar con persoal para asesoramento neste eido.

No campo da alimentación, tamén debería intervir organizando obradoiros de cociña saudable, asesoramento nutricional, fomento dunha alimentación equilibrada, revisión e mellora dos menús nos comedores universitarios e promocionar a importancia de almorzar.

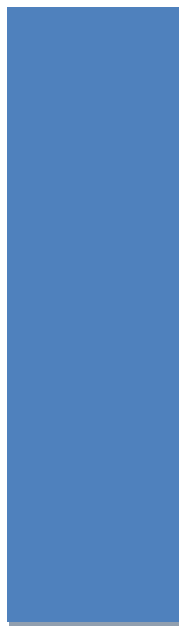
No que se refire á vida sen alcohol e tabaco, facer conferencias e obradoiros para previr as dependencias, difusión da Lei Antitabaco, etc.

Estas estratexias deben implicar a participación activa da comunidade para poder darlle a volta de maneira significativa á tendencia epidemiolóxica deste tempo.



I PARTE:

FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA



CAPÍTULO 1

SAÚDE, CALIDADE DE VIDA E ESTILOS DE VIDA

1.1. Saúde

O concepto de saúde tivo unha importante transformación nos últimos tempos; ata mediados do século XX, a saúde estaba baseada na ausencia de enfermidade, incapacidade ou invalidez e tiña un carácter negativo, dado que se restauraba a través das intervencións médicas.

Foi a partir de 1940 cando se comezou a definir a saúde en positivo, ao considerar san ao individuo ou ao colectivo que percibe benestar en ausencia de malestar. Máis adiante, en 1941, Sigerist estableceu que “a saúde non é simplemente a ausencia de enfermidade, é algo positivo, unha actitude gozosa e unha aceptación alegre das responsabilidades que a vida impón ao individuo” (Godoy, 1999; Moreno, 2008).

En 1945, Stampar presentou unha definición como “o estado de completo benestar físico, mental e social, e non só a ausencia de enfermidades ou invalideces”. Esta definición foi admitida universalmente e recollida pola OMS, no punto 1 da súa carta fundacional, no Preámbulo da Constitución da OMS, que foi adoptada pola Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nova York, en 1946 (OMS, 1948). Esta definición aínda non foi modificada dende 1948.

Posteriormente, en 1956 René Dubos propón un concepto de saúde bidimensional, ao diferenciar entre benestar físico e mental. Esta idea bidimensional foi ampliada en 1959 por Herbert Dunn que incorporou a dimensión social ao concepto de saúde, considerando que a saúde ten tres dimensións: orgánica ou física, psicolóxica e social. Nesta nova concepción, máis positiva e holística, incluíronse diferentes dimensións como o benestar, o axuste psicosocial, a calidade de vida, a capacidade de funcionamento, a protección cara os posibles riscos de enfermidade, o desenvolvemento persoal, entre outras (Moreno, 2008).

A definición da OMS ten vantaxes, como o feito de considerar a saúde nun sentido positivo, superando todas as concepcións anteriores que a reducían a ausencia de enfermidade e de comprender no só os aspectos físicos da saúde, senón tamén os psíquicos e sociais, dando así unha visión máis completa e integral ao concepto da saúde. Ademais contempla ao individuo como un todo e non como a suma das súas partes, dando unha

I PARTE: FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

visión da saúde que atende tanto ao ambiente persoal-individual como ao externo, debido a que hai unha concesión de importancia ao ambiente e ao contexto (Evans e Stoddart, 1996; Navarro, 1998; Godoy, 1999).

Varios autores, como Terris e Piedrola non están dacordo coa definición da OMS, á que consideran utópica, estética e subxectiva. Segundo Milton Terris, debería eliminarse a palabra "completo" da definición da OMS, pois a saúde, como a enfermidade, non é un absoluto. Hai distintos graos de saúde, como hai distintos graos de enfermidade, a saúde tería dous polos: un de carácter subxectivo que consiste na sensación de benestar e outro obxectivo (capacidade de funcionamento), que poden manifestarse en diferentes graos ao longo do continuo entre saúde e enfermidade. Dacordo con estes conceptos, propuso modificar a definición da OMS, evitando o criticado adxectivo de “completo” por dar carácter utópico á definición, mantendo o concepto de benestar e engadindo a capacidade de funcionamento (capacidade de traballar, de estudar, de gozar da vida, etc.), en definitiva, introducindo a posibilidade de medir o grao de saúde. Con estas modificacións establecéronse as bases para pasar dun concepto estático a outro máis dinámico, e definir a saúde como “un estado de benestar físico, mental e social con capacidade de funcionamento, e non só a ausencia de enfermidades e invalideces” (San Martín e Pastor, 1989; Briceño-Leon, 1999; Terris, 2008; Piedrola, 2008). Aínda que se critique a definición hai que deixar claro que se trata dunha definición normativa e deontolóxica que é útil porque proporciona un marco para establecer accións e obxectivos nas políticas da saúde (Rodríguez-García e Goldman, 1996; Carmona et al., 2005). Segundo o Glosario de Promoción da Saúde da OMS, a saúde é un recurso para a vida diaria, (non o obxectivo da vida) e trátase dun concepto positivo que acentúa os recursos sociais e personais, así como as aptitudes físicas (OMS, 1998).

Dacordo co concepto da saúde como dereito humano fundamental, nace a *Carta de Ottawa* (OMS, 1986), que é un documento presentado na *Primeira Conferencia Internacional sobre Promoción da Saúde*, realizado en Ottawa, Canadá, en novembro de 1986. Este documento cheo de intencións, busca contribuir nas políticas de saúde de todos os países, de forma ecuánime e universal, destacando determinados prerequisites para a saúde, que inclúen a paz, recursos económicos e alimenticios adecuados, vivenda, un ecosistema estable e un uso sostible dos recursos.

O recoñecemento destes prerequisites pon de manifesto a estreita relación que existe entre as condicións sociais e económicas, o entorno físico, os estilos de vida individuais e a saúde. Estes vínculos constitúen a clave para unha comprensión holística da saúde que é primordial na definición da promoción da saúde. Hoxe, a dimensión espiritual da saúde goza dun recoñecemento cada vez maior, e a OMS considera que a saúde é un dereito humano fundamental e, en consecuencia, todas as persoas deben ter acceso aos recursos sanitarios básicos. Unha visión integral da saúde supón que todos os sistemas e estruturas que rexen as condicións sociais e económicas, ao igual que o entorno físico, deben ter en conta as implicacións e o impacto das súas actividades na saúde e benestar individual e colectivo (OMS, 1986).

Saúde percibida

A percepción é un proceso cognitivo que nos permite, a través dos sentidos, recibir información e conformar unha representación máis ou menos real do medio, e trata de cómo se observan as persoas en benestar físico actual, futuro e adaptación psicolóxica, por tanto, ten un papel importante na conduta promotora de saúde (Pender et al., 2003).

O estado de saúde percibido reflicte a percepción que os individuos teñen sobre a súa propia saúde, tanto dende o punto de vista físico, como psicolóxico ou socio-cultural, e é un bo predictor da esperanza de vida, da mortalidade, de padecer enfermidades crónicas e da utilización de servizos sanitarios. Unha das súas maiores vantaxes consiste en sintetizar nun só indicador diferentes aspectos subxectivos e obxectivos relacionados coa idea que as persoas teñen da súa saúde. A autovaloración da saúde demostrou ademais, estar relacionada con outros indicadores, como as enfermidades clínicamente diagnosticadas, o uso de servizos sanitarios ou a mortalidade (Patrick e Bergner, 1990; Idler e Benyamini, 1997).

En España temos datos da valoración da Saúde Percibida grazas á *Enquisa Europea de Saúde en España* (EASE), que foi realizada polo *Instituto Nacional de Estadística* (INE), parte española da *European Health Interview Survey* (EHIS), que coordina a *Oficina Europea de Estadística* (Eurostat).

I PARTE: FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

Dende 2006, o *Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad* (MSSSI), xunto co *Instituto Nacional de Estadística* (INE), veñen facendo un esforzo importante para armonizar as enquisas española e europea de saúde, para que se poida producir un estudo periódico, cada 2-3 anos. O cuestionario desta enquisa para España foi adaptado conxuntamente polo INE e o MSSSI, co fin de permitir a comparación dos resultados cos principais indicadores da Enquisa Nacional de Saúde (ENSE).

Nesta enquisa, a cada participante preguntouselle: “Nos últimos 12 meses, ¿Diría que o seu estado de saúde foi moi bo, bo, regular, malo ou moi malo?”.

Considerando a valoración positiva do estado de saúde cando os individuos responderon: “Moi bo” ou “Bo” e valoración negativa cando contestaron: “Regular”, “Malo” ou “Moi Malo”. No conxunto do período estudado, 1987 e 2014, obsérvase unha evolución estable con lixeira tendencia ao aumento na porcentaxe da poboación de 15 e + anos (figura 2), que valora a súa saúde como boa ou moi boa, tanto en homes como en mulleres, sempre superior nos primeiros. Entre 2006 e 2011 observóuse unha mellora na percepción subxectiva do estado de saúde, especialmente nas mulleres, e en 2014 practicamente manténse esta mellora no que o 75% dos homes e 67% das mulleres de 15 e máis anos valorou positivamente o seu estado de saúde (ENSE/EESE, 2014).

En España, en 2014, o 71% da poboación de *15 e máis anos* valorou positivamente o seu estado de saúde (Moi bo + bo), 75% dos homes e 67% das mulleres (figura 2).

No conxunto do período estudado obsérvase unha evolución estable con lixeira tendencia ao aumento na porcentaxe da poboación de 15 e + anos, que valora a súa saúde como boa ou moi boa, tanto en homes como en mulleres, sempre superior nos primeiros.

Entre 2006 e 2014 observóuse unha mellora na percepción subxectiva do estado de saúde, especialmente en mulleres (ENSE/EESE, 2014).

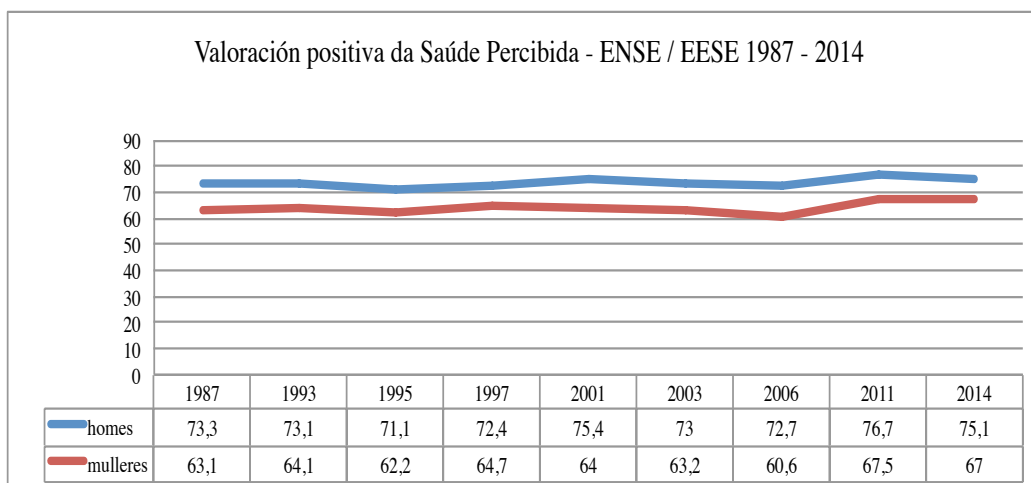


Figura 2. Evolución da porcentaxe da Percepción de Saúde da poboación española de 15 e + anos, na que valora o seu estado de saúde como positivo (Bo e Moi Bo) segundo o sexo, dende 1987 a 2014. Fonte: Encuesta Nacional de Salud en España (ENSE) e Enquisa Europea de Saúde en España (EESE). Tirado de: https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/EncuestaEuropea/Tend_salud_30_indic.pdf

No que respecta a Galicia, os datos foron conseguidos do estudo do *Sistema de Información de Condutas de Risco* (SICRI) da Consellería de Sanidade da Xunta de Galicia que ten como obxectivo principal identificar a presenza na poboación galega diferentes factores de risco para a saúde. Neste estudo se lle preguntou a cada individuo cómo era a súa saúde, tendo que escoller unha de 5 respostas (Excelente, Moi Boa, Boa, Regular e Mala). Valorouse o seu estado de saúde positivamente cando os participantes respostaban: Excelente, Moi bo ou Bo. Estas 5 respostas do estudo do SICRI permiten a comparabilidade cos resultados do cuestionario SF12 que foi empregado para este estudo.

Os resultados referentes a percepción de saúde con valoración positiva do estudo feito polo SICRI (figura 3) entre os anos 2007 e 2014, podemos observar que no grupo dos adultos homes ronda o 90% e nas mulleres adultas o 83%, no grupo de 16 a 24 anos, esta valoración é moi alta rondando o 98%, tanto en homes coma en mulleres.

Vemos tamén que no ano 2015 a percepción baixa bruscamente 15 puntos porcentuais nos adultos mentras que no grupo de 16 a 24 anos esta baixada só é de 3 puntos.

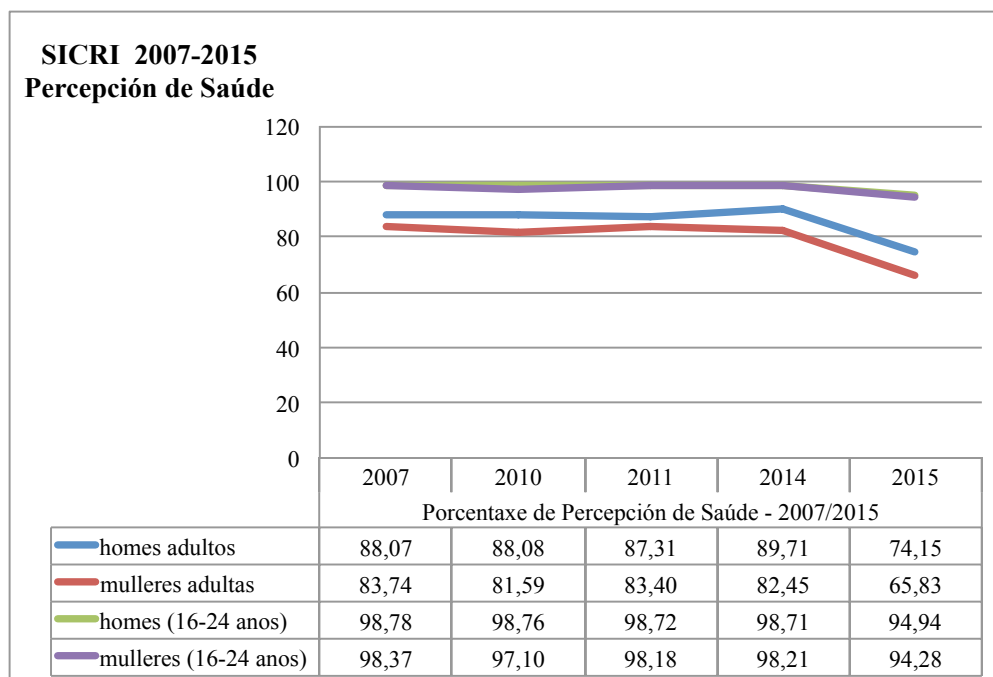


Figura 3. Gráfica na que se amosa a evolución da porcentaxe de Percepción de Saúde con valoración positiva (Excelente, Moi boa e Boa), da poboación galega adulta e no grupo de 16 a 24 anos, segundo o sexo, dende 2007 a 2015. Fonte: Sistema de Información de Condutas de Risco (SICRI) da Consellería de Sanidade (Xunta de Galicia). Tirado de: <https://www.sergas.es/Saude-publica/SICRI-O-SICRI-ano-a-ano>

1.2. Calidade de vida

A Calidade de Vida (CV) é un concepto referido ao benestar en todas as áreas do ser humano, onde se avalía a satisfacción das necesidades físicas (saúde e seguridade), materiais (vivenda, ingresos, transporte, pertencencias, comida), sociais (de traballo, familia, relacións persoais, comunidade, responsabilidades), psicolóxicas ou emocionais (afecto, autoestima, intelixencia emocional, espiritualidade, relixión), de desenvolvemento (productividade, educación) e ecolóxicas (calidade da auga, do aire, etc). Actualmente o concepto de CV, incorpora 3 ramas das ciencias Economía, Medicina e as Ciencias Sociais pola que hai varios indicadores debido a que cada individuo pode referirse a distintos criterios obxectivos como a situación social-económica, a saúde a relación que cada un ten co seu entorno etc., e subxectivos como a percepción de cada un sobre a súa saúde, benestar físico, emocional, etc.

A Real Academia Española (RAE), define a CV como “o conxunto de condicións que contribúen a facer a vida máis agradable, digna e valiosa” tamén pode ser definida como “a percepción do individuo na vida no contexto da cultura e sistema de valores no que vive e en relación co seus obxectivos, expectativas, normas e intereses”, tratándose dun concepto extenso sobre o que inflúen de maneira complexa a saúde física, o estado psicológico, o nivel de independencia, as relacións sociais e a relación cos aspectos principais de seu entorno (Bowling, 1994), e para outros autores como o grao de felicidade ou satisfacción disfrutado por un individuo, especialmente en relación coa saúde e os seus dominios (Oleson, 1990).

O Grupo de Calidade de Vida da OMS, defínea como “a percepción do individuo na vida no contexto da cultura e sistema de valores no que vive e en relación cos seus obxectivos, expectativas, normas e intereses” (WHOQOL Group, 1995). Trátase dun concepto estenso sobre o que inflúen de maneira complexa a saúde física, o estado psicológico, o nivel de independencia, as relaciones sociais e a relación cos aspectos principais do seu entorno.

No glosario da OMS de 1998, esta definición pon de manifesto criterios que afirman que a CV refírese a unha avaliación subxectiva, con dimensións tanto positivas como negativas, e que está enraizada nun contexto cultural, social e ambiental, ademáis identifica seis extensas áreas, que describen aspectos fundamentais da calidade de vida en todas as culturas: unha área física, unha área psicolóxica, o nivel de independencia, as relacións sociais, o entorno e as crencias pessoais/espirituais (figura 4). Os ámbitos da saúde e da CV son complementarios e superpóñense.



Figura 4. Áreas que describen os aspectos fundamentais da CV en todas as culturas (OMS)

A CV reflicte a percepción que teñen os individuos de que as súas necesidades están sendo satisfeitas, ou ben de que se lles están negando oportunidades de alcanzar a felicidade e a autorealización, con independencia do seu estado de saúde físico, ou das condicións sociais e económicas. Os estudos de CV permítennos buscar información con metodoloxía e técnicas axeitadas, acerca de cómo se están a estruturar as condicións de vida na sociedade, nas institucións, na familia e no individuo, e as consecuencias que poidan producir na saúde e no benestar das persoas (Gonzalez Perez, 2002).

Foi a partir dos anos 60, cando os científicos sociais inician investigacións en CV recolectando información e datos obxectivos como o estado socioeconómico, nivel educacional ou tipo de vivenda, sendo moitas veces estes indicadores económicos insuficientes (Bognar, 2005), e nas décadas seguintes este concepto usouse indistintamente para nomear aspectos diferentes da vida como estado de saúde, función física, benestar físico (síntomas), adaptación psicosocial, benestar xeral, satisfacción coa vida e felicidade.

Calidade de vida relacionada coa saúde

O concepto de CV comezouse a utilizar cada vez máis no campo das avaliacións en saúde ou como medida de benestar. Pese a isto, non existe una definición única do

concepto nin unha completa diferenciación con outros conceptos similares, sendo frecuentemente mal utilizado (Urzúa, 2010), por iso, é necesario distinguir CV doutros conceptos, como estado funcional, satisfacción coa vida, benestar ou estado de saúde, pois as veces, investigacións nesas áreas son interpretadas como medicións en CV (Haas, 1999).

Esta especificidade da avaliación da CV en áreas concretas da vida das persoas, permite o desenvolvemento de conceptos secundarios, como a CV relacionada coa saúde (CVRS), ao referirnos ao nivel de benestar derivado da avaliación que a persoa realiza de diversos dominios da súa vida, considerando o impacto que teñen no seu estado de saúde (Urzúa, 2010). Durante a década dos 90 é cando se desenvolve o concepto CVRS. A CVRS é a variable de resultado de saúde percibida que recibiu maior interese e atención nas últimas décadas, entre outras cousas, debido ao aumento da esperanza de vida da poboación, facendo necesario medir máis a calidade que a cantidade de vida (Anguita et al., 2001). A CVRS integra aqueles aspectos da vida directamente relacionados co funcionamento físico e mental e co estado de benestar (Guyatt et al. 1993).

A definición de CVRS céntrase en avaliar a influencia subxectiva do estado de saúde, os cuidados sanitarios e as actividades de prevención e promoción da saúde na capacidade individual de lograr e manter un nivel de funcionamento que permita conseguir uns obxectivos vitais que se reflectan nun benestar xeral. As dimensións fundamentais son: o funcionamento físico, psicológico-cognitivo e social, incorporando tres aspectos fundamentais nesta definición (Ruta et al., 1994):

1. A CVRS céntrase na avaliación subxectiva.
2. O contexto da avaliación está limitado á influencia do estado de saúde, os cuidados sanitarios e as actividades de prevención e promoción da saúde.
3. Son tres as dimensións fundamentais de funcionamento: física, psicológica-cognoscitiva e social, os aspectos físicos inclúen o deterioro de funcións, os síntomas e a dor causados pola doenza mesma e/ou polo seu tratamento; os aspectos psicolóxicos cubren unha ampla gama de estados emocionais distintos (como depresión, ansiedade e felicidade) e funcións intelectuais e cognoscitivas

I PARTE: FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

(como a memoria, a atención e a alerta); os aspectos sociais (o illamento, autoestima), asociados ao rol social das enfermidades crónicas.

Moitos autores suxiren que a CV debe ser diferenciada da CVRS debido a que o termo é utilizado no campo da medicina no seu interese por avaliar a calidade dos cambios como resultado de intervencións médicas para establecer o impacto da enfermidade na vida diaria (Nanda e Andresen, 1998).

Pese a estes dilemas, a utilización do concepto de CVRS como una medida da percepción do doente sobre o seu nivel de benestar permite comprender dende a perspectiva dos propios individuos a avaliación sobre o seu propio estado de saúde, permitindo profundizar no campo da dimensión subxectiva da saúde humana (Bowling, 1994; Mooney, 2006; Urzúa, 2010), para a OMS ten moita importancia na promoción da saúde cumprindo cos obxectivos de mellorar a CV e de facer prevención da mala saúde evitable (WHOQOL Group, 1996).

A CVRS ten un lugar destacado na investigación de resultados en saúde como un parámetro de medición dos estados de saúde e avaliación dos resultados dos coidados médicos, en especial no campo das enfermidades crónicas (Clancy e Eisenberg, 1998).

A medición da CVRS fai posible obter información sobre a enfermidade e o seu impacto na vida do doente dunha forma estandarizada, comparativa e obxectiva (Goldsmith, 1972 e 1973). A mellor forma de medir a CVRS é utilizar un enfoque multidimensional, valorando tanto o estado obxectivo de saúde, de funcionalidade e de interacción do individuo co seu medio, como os aspectos máis subxectivos de satisfacción do individuo e a percepción de su propia saúde (Testa e Simonson, 1996).

Neste estudo, avalíase a CVRS por medio do instrumento SF-12, que permite ver o estado de saúde da poboación xeral e comparala coas variables obxecto do estudo.

1.3 Estilos de vida

Durante os primeiros anos da vida adulta adóquírense determinados hábitos nos que se inclúen o tipo de dieta, sedentarismo, consumo de tabaco, consumo de alcohol, etc., e que

no futuro é moi difícil modificar, ademais de ir mermando a saúde nos individuos adultos (Pearson et al., 2002).

O estilo de vida defínese como o “conxunto de pautas e hábitos de comportamento cotiáns dunha persoa” (Rodríguez, 1995) e tamén como “aqueles padróns de conduta individuais que amosan certa consistencia no tempo, baixo condicións máis ou menos constantes e que poden constituirse en dimensións de risco ou de seguridade dependendo da súa natureza” (Roth, 1990).

Entendendo por padróns de conduta “as formas recorrentes de comportamento que se executan de xeito estruturado e que se poden entender como hábitos cando constitúen o modo habitual de responder a diferentes situacións” (Mendoza et al., 1994).

A mediados do século XX, a antropoloxía abordou o estudo dos estilos de vida dende un enfoque cultural e a medicina dende unha perspectiva médico-epidemiolóxica cun enfoque bioloxicista, defendendo que as persoas teñen estilos de vida sans ou insáns pola súa propia vountade, recaendo polo tanto a responsabilidade sobre as persoas e non sobre as institucións (Erben et al., 1992). Dende o paradigma biomédico culpabilizábase en exceso aos cidadáns da perda da súa saúde, debido a que pon ao individuo (no estilo de vida do individuo) a responsabilidade da súa enfermidade e non se recoñece a importancia do contexto social nin doutros factores como condicionantes da adquisición dos estilos de vida. Todo isto, constitúe unha variante da “culpabilización da vítima”, que non só coloca a responsabilidade da desnutrición exclusivamente no desnutrido, senón que correlativamente exime de responsabilidades que lle son propias aos gobernos e reduce a responsabilidade das empresas produtoras de enfermidades (Mechanic, 1979).

Se a saúde ten que mellorar permitindo aos individuos cambiar os seus estilos de vida, a acción debe ir dirixida non soamente ao individuo, senón tamén ás condicións sociais de vida que interactúan para producir e manter eses padróns de comportamento. Sin embargo, é importante recoñecer que non existe un estilo de vida “óptimo” ao que poidan adscribirse todas as persoas. A cultura, os ingresos, a estrutura familiar, a idade, a capacidade física, o entorno doméstico e laboral, farán máis atractivas, factibles e adecuadas determinadas formas e condicións de vida. Por isto, a estratexia de crear ambientes favorables para a

I PARTE: FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

saúde céntrase en gran medida na necesidade de mellorar e cambiar as condicións de vida para apoiar a saúde (OMS, 1998).

A OMS, na 31 sesión do su comité rexional para Europa, definiu “estilo de vida” como “un modo xeral de vivir, baseado na interacción entre as condicións de vida nun sentido amplo e os padróns de conduta individuais determinados por factores socioculturais e características personais” (Kickbusch, 1986).

O interese polo estudo dos *estilos de vida saudables* tivo o seu punto máis alto na década dos 80 do século pasado, e definíndoo como “o conxunto de padróns conductuais ou hábitos que gardan unha estreita relación coa saúde nun sentido amplo, é dicir, con todo aquilo que dá o benestar e desenvolvemento do individuo a nivel bio-psico-social”; por outra banda, o *estilo de vida de risco* é o “conxunto de padróns conductuais, incluíndo tanto condutas activas como pasivas, que supoñen una ameaza para o benestar físico e psíquico levando directamente consecuencias negativas para a saúde ou que comprometen seriamente aspectos do desenvolvemento do individuo” (Rodrigo et al., 2004).

Resulta difícil atopar condutas humanas que non tiveran algunha influencia sobre a saúde, existen unha serie de padróns de conduta que se atopan entre os factores de risco máis importantes dos principais problemas de saúde na actualidade, como o consumo de tabaco, alcohol, drogas, desequilibrio dietético, ou sedentarismo, entre outros, por iso a importancia de abordar un estilo de vida saudable dende un enfoque máis social que médico (Kickbusch, 1986).

Diferentes Sociedades Científicas Internacionais como a *American Medical Association*, co seu Journal (JAMA), guías de práctica clínica e diferentes expertos, comentan que os estilos de vida adquirense basicamente na infancia e na adolescencia e recomendan a práctica dun estilo de vida saudable (Martin, 2003; Pickering, 2003; Sanabria-Ferrand et al., 2007), coas seguintes indicacións:

1. Redución de peso, para evitar o sobrepeso e obesidade. Dieta rica en froitas, vexetales, produtos lácteos baixos en graxas e produtos con contido reducido en graxas saturadas e totais. Unha dieta sa e equilibrada diminúe o peso, baixa a

presión arterial, mellora o perfil lipídico e glucémico e reduce a predisposición á trombose.

2. Redución da inxesta de sodio.
3. Exercicio físico regular.
4. Moderación no consumo de alcohol.
5. Abandonar o tabaquismo para reducir o “risco cardiovascular global”.

As condutas que constitúen un risco para a saúde non adoitan estar illadas entre sí, nin tampouco do resto dos compoñentes do estilo de vida dun individuo ou dun colectivo social (Mendoza et al., 1994), porque os estilos de vida saudables inclúen condutas de saúde, padróns de conduta, crenzas, coñecementos, hábitos e accións das persoas para manter, restablecer ou mellorar a súa saúde. Son o resultado de dimensións persoais, ambientais e sociais, que emerxen non só do presente, senón tamén da historia persal do individuo (Roth et al., 1990; Pullen et al., 2001).

Os estilos de vida dun individuo son hábitos aprendidos ao longo do seu proceso de socialización e son moi difíciles de modificar unha vez que son adquiridos (Rodríguez e García, 1995).

1.3.1 Factores de Risco

En Epidemioloxía, un factor de risco é toda circunstancia ou situación que aumenta as probabilidades dunha persoa de contraer unha enfermidade ou calquer outro problema de saúde, polo tanto os factores de risco implican que as persoas afectadas por este factor, presentan un risco sanitario maior ao das persoas sen este factor.

Os factores de risco de tipo condutual adoitan estar relacionados con “accións” que o individuo elixiu realizar, polo tanto, pódense eliminar ou reducir mediante a elección de estilo de vida ou de conduta.

I PARTE: FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

Entre os factores de risco máis importantes están os comportamentos modificables como o consumo de tabaco, a inactividade física, as dietas non saudables e o consumo en exceso do alcohol dado que aumenta o risco das *Enfermedades Non Transmisibles* (ENT).

Nun recente estudo, *The Global Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors Study 2015* (Forouzanfar, et al., 2016), con avaliacións nacionais dos últimos 25 anos sobre a carga global de enfermidades, lesións e factores de risco, pódese observar unha síntese actualizada das probas da exposición a factores de risco e a carga atribuíble a cada enfermidade, dando os seguintes datos:

- O tabaco produce 7,2 millóns de mortes ao ano, cifra que aumentará de maneira considerable nos vindeiros anos.
- Uns 4,1 millóns de mortes ao ano atribuídas a unha inxesta excesiva de sal/sodio.
- Máis da metade dos 3,3 millóns de mortes ao ano atribuíbles ao consumo de alcohol se deben a ENT, entre elas o cancro.
- Uns 1,6 millóns de mortes ao ano pódense atribuír a unha actividade física insuficiente.

Co fin de prestar apoio aos esforzos dos países, a OMS elaborou o “*Plan de acción mundial para a prevención e o control das enfermidades non transmisibles 2013-2020*” (OMS, 2013), que contén as metas mundiais que terán o maior impacto na mortalidade mundial por ENT e que abordan a prevención e a xestión destas enfermidades.

Os seis obxectivos deste plan de acción son os seguintes:

1. Elevar a prioridade acordada ás ENT no marco das actividades de desenvolvemento no plano mundial e nacional, e integrar a prevención desas enfermidades nas políticas de todos os departamentos gubernamentais.
2. Establecer e fortalecer as políticas e plans nacionais de prevención e control das ENT.

3. Fomentar intervencións para reducir os principais factores de risco comúns modificables das ENT: consumo de tabaco, dieta non saúdale, inactividade física e o consumo excesivo do alcohol.
4. Fomentar a investigación en materia de prevención e control das ENT.
5. Fomentar alianzas para a prevención e o control das ENT.
6. Facer un seguimento das ENT e os seus determinantes, e avaliar os progresos nos ámbitos rexional, nacional e mundial.

A continuación imos describir os catro principais factores de risco máis comúns: a inactividade física, a dieta desequilibrada, o consumo de alcohol e o consumo de tabaco, que segundo a OMS son os que provocan as catro principais enfermidades crónicas: enfermidade cardiovascular, cancro, diabetes e a enfermidade respiratoria crónica.

1.3.1.1. Inactividade Física

A poboación, dende os anos 50-60 do século pasado ven adoptando estilos de vida cada vez máis sedentarios debido a que hai unha diminución progresiva da cantidade de actividade física na vida cotiá das persoas. As causas son múltiples, entre elas podemos destacar o transporte motorizado, ascensores, escaleiras mecánicas, novas tecnoloxías, lecer pasivo, novas formas de traballo, televisión, ordenador, videoxogos, etc., que fan a vida máis cómoda pero isto deriva en que as persoas reduzan progresivamente o seu gasto enerxético nas actividades da vida diaria converténdooas en máis sedentarias.

Ademáis, hai que engadir un entorno urbanístico pouco favorable á práctica de actividade física, polo que, hai que tomar medidas urxentemente de saúde pública eficaces para promover a actividade física e mellorar a saúde pública en todo o mundo (Douglas, et al., 2006). A consecuencia de todo isto é un aumento moi importante de sedentarismo, cunha tendencia que vai continuar no futuro.

O sedentarismo é unha característica propia das sociedades modernas, polo que recuperar un estilo de vida activo e integralo na nosa vida cotiá é un reto extraordinariamente complexo porque require un profundo cambio cultural. O corpo

I PARTE: FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

humano está preparado naturalmente para moverse, para estar en actividade, grazas á súa maquinaria perfectamente coordinada de ósos, articulacións, músculos, corazón, que ademáis adquire máis capacidades e funciona mellor canto máis se usa. O vertixinoso desenvolvemento das sociedades modernas trouxo grandes avances sociais e tecnolóxicos e permitiu aumentar a esperanza de vida, pero ao mesmo tempo provocou importantes cambios nos nosos modos de vida que están afectando negativamente á nosa saúde. Os desenvolvementos tecnolóxicos e científicos permitíronnos dispor de máquinas e aparellos para realizar de forma sinxela e cómoda as nosas actividades cotiás, o que nos levou a adoptar un estilo de vida máis pasivo e sedentario nas nosas actividades familiares, laborais, sociais e de lecer. En síntese, aquilo que foi pensado para darnos unha existencia máis cómoda e pracenteira estase volvendo en contra da nosa saúde, porque a falta de actividade está provocando disfuncións nun corpo humano concibido para estar en continuo movemento.

A *Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria* (SemFYC) cualifica o sedentarismo como o factor de risco, asociado aos hábitos de vida actuais, que máis impacto ten sobre a saúde pola súa clara implicación no desenvolvemento de numerosas enfermidades (SEMFC, 2007).

No ano 2009, a OMS estimou que 3,2 millóns de persoas morren cada ano no mundo debido a inactividade física, converténdose no cuarto factor de risco máis importante asociado ás enfermidades crónicas non transmisibles e á mortalidade (WHO, 2009).

A efectividade da AF como estratexia de prevención primaria e secundaria de diversos trastornos crónicos como a obesidade, enfermidade cardiovascular e a diabetes está demostrada e ben documentada (HHS, 2008).

Nos últimos anos, conceptualmente o comportamento sedentario ou conduta sedentaria definiuse máis claramente, establecendo certas diferenzas respecto a non realizar actividade física, polo que debemos considerar que os conceptos de inactividade física e sedentarismo aínda que están relacionados, non son o mesmo:

- **A conduta sedentaria** está definida como a carencia de movemento durante as horas de vixilia ao longo do día (OMS, 2009), facendo referencia a actividades

que non incrementan sustancialmente o gasto enerxético basal (entre 1 e 1,5 MET), como: ver a televisión, ordenador, estar deitado ou sentado (Pat et al., 2008; Healy et al., 2011; Hart et al., 2011; Tremblay et al., 2013; Cristi-Montero y Rodríguez, 2014).

- A **inactividade física**, nos adultos de 18 a 64 anos, é definida por non cumprir coas recomendacións mínimas internacionais de AF, recomendadas pola WHO en 2010, para a saúde da poboación que son:
 - acumular un mínimo de 150 minutos semanais de actividade física aeróbica moderada, ou ben un mínimo de 75 minutos semanais de actividade aeróbica vigorosa, ou ben una combinación equivalente de actividade moderada e vigorosa.
 - A actividade aeróbica realizárase en sesións de 10 minutos, como mínimo.
 - Para obter maiores beneficios, os adultos deberían incrementar eses niveis ata 300 minutos semanais de actividade aeróbica moderada, ou ben 150 minutos de actividade aeróbica vigorosa cada semana, ou ben una combinación equivalente de actividade moderada e vigorosa.
 - Deberían realizar exercicios de fortalecemento muscular dos grandes grupos musculares dous ou máis días á semana

ou tamén, lograr un gasto enerxético ≥ 600 MET/min/ semana, polo que persoas cuxa AF estea por debaixo destas recomendacións son consideradas “inactivas fisicamente”. Algúns exemplos de actividades de intensidade moderada ou vigorosa son: subir escaleras, correr, andar en bicicleta, nadar, etc. Estas recomendacións de AF non inclúen actividades de intensidade baixa, como: ordear ou limpar a casa, lavar os pratos, pasar o ferro, cociñar, algunhas tarefas de oficina, etc., as cuais realizanse decotío e tamén contribuírían á saúde das persoas (Cristi-Montero y Rodríguez, 2014).

Polo que a secuencia ou progresión na clasificación segundo a súa intensidade sería:

1. Conduta sedentaria (de 1 a 1,5 MET)
2. AF Baixa (de 1,5 a 2,9 MET)

I PARTE: FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

3. AF moderada (de 3 a 5,9 MET)

4. AF vigorosa (≥ 6 MET)

Por todo isto é moi importante que o sedentarismo non se confunda coa inactividade física, porque *unha persoa pode cumprir coas recomendacións mínimas internacionais de AF, pero ao mesmo tempo pode destinar a maior parte do día a actividades de tipo sedentarias* (Kulinski et al., 2014; Chau et al. 2013).

Un exemplo disto sería un/ha traballador/a que realiza 40 min de actividade física moderada-vigorosa diariamente, pero acumula cerca de 15 h diarias entre estar sentado fronte ao ordenador, conducindo ao traballo, descansando, vendo televisión, etc.

No contexto da universidade, o mencionado anteriormente ten moita relevancia debido os membros da comunidade universitaria poden estar igualmente cumprindo coas recomendacións de AF mencionadas, pero pola súa carga académica e estilo de vida, aulas obrigatorias, sempre sentado, estudo na biblioteca, traballos no ordenador, etc., poderían estar perxudicando a súa saúde (Clemente et al., 2016), debido a que os beneficios atribuídos a cumprir coas recomendacións de AF poderían reducirse considerablemente se a persoa destina a maior parte das súas horas de vixilia a realizar actividades sedentarias (Kulinski et al., 2014; Chau et al., 2013).

É necesario ter en consideración os aspectos da nomenclatura anteriormente mencionados, para identificar de maneira máis precisa os hábitos de actividade física e sedentarismo dos estudantes universitarios, e desta maneira poder intervir en post de mellorar a saúde da comunidade uiversitaria, por un lado aumentando o nivel de actividade física e espazos de realización de exercicio físico de maneira sistemática, e por outra banda independente, promover momentos de diminución das condutas sedentarias na universidade. (Solís-Urra, 2016).

Conceptos

Actividade física (AF): é calquera movemento corporal intencionado realizado mediante os músculos esqueléticos, que produce un gasto de enerxía superior ao basal, que

supón unha experiencia persoal e nos permite interactuar cos seres e co ambiente que nos rodean (Devis e Peiro, 2000), recolle as dimensións biolóxica, persoal e sociocultural do concepto. A actividade física pode ter lugar durante o desempeño laboral (entendido este como a ocupación principal, por exemplo, na escola ou durante os adestramentos nos deportistas profesionais), no fogar, no tempo de recreo ou ocio e durante os desprazamentos.

Deporte: todo tipo de actividades físicas que, mediante unha participación, organizada ou doutra clase, teñan por finalidade a expresión ou a mellora da condición física e psíquica, o desenvolvemento das relacións sociais ou o logro de resultados en competicións de todos os niveis (OMS, 2004).

Exercicio: tipo de actividade física estruturada e planificada, que se realiza de forma repetitiva e persegue unha finalidade concreta (Caspersen et al., 1985; Boucherd et al., 1990).

A AF pode ter lugar durante o desempeño laboral (entendido este como a ocupación principal, por exemplo, na escola ou durante os adestramentos nos deportistas profesionais), no fogar, no tempo de lecer e durante os desprazamentos.

Non hai dúbida que a AF é un dos factores que inflúe de modo decisivo na consecución de estilos de vida saudables e, por tanto na calidade de vida, sempre e cando se realice cunha frecuencia, intensidade e duración axeitadas (Puig, 1998; Gutiérrez, 2000).

Os factores de risco, e especialmente a inactividade física e a obesidade, instáuranse en persoas cada vez máis novas, mesmo na infancia, polo que, como cabe esperar, o desenvolvemento das ECNT tamén estase a anticipar.

A inactividade física está asociada con diversas enfermidades crónicas, e as persoas que levan unha vida sedentaria presentan enfermidade coronaria cunha frecuencia dúas veces maior que as persoas fisicamente activas, a frecuencia de hipertensión aumenta do 35% ao 52% e, igualmente, hai maior risco de enfermidades dixestivas, osteomusculares (fundamentalmente osteoporose), respiratorias, aumento de resistencia á insulina e de diabetes mellitus tipo 2, e maior incidencia de cancro de colon e mama (Boreham, 2006).

Beneficios da Actividade Física

A actividade física está asociada a múltiples beneficios para a saúde sen importar a idade e sexo e está demostrado que ser fisicamente activo é moi relevante para mellorar e manter a saúde das persoas e para previr numerosas enfermidades crónicas, condicións de risco e mellorar o curso dalgunha delas.

A evidencia científica amosa que a actividade moderada diaria mellora a saúde e que a actividade física regular está inversamente relacionada co risco de enfermidade cardiovascular, tromboembolismo cerebral, hipertensión arterial, diabetes tipo 2, osteoporose, obesidade, cancro de cólon e de mama, ansiedade, depresión, etc. e ademáis contribúe ao desenvolvemento e mantemento dun sistema locomotor saudable (Hudgson et al., 1995; HHS, 2000; Hagger, Hagger et al., 2001; Puhl & Brownell, 2003; Telama et al., 2005; WHO, 2006; Gray & Leyland, 2008; WHO, 2009; MSSSI, 2009; HHS, 2008; Blair, 2009; OMS, 2010; CSD, 2011; MSSSI, 2012; Lee et al., 2012; ODPHP, 2017).

Temos que destacar que a práctica de AF é un hábito moi saudable e que establece relacións significativas con outros hábitos saudables, principalmente con hábitos axeitados de hixiene corporal e de alimentación equilibrada (González e Ríos, 1999; Gutierrez, 2000; Castillo-Balaguer, 2001), ademáis, *“os exercicios regulares non só axudan a controlar o peso e o aspecto físico, senón que tamén eliminan a inactividade como factor de risco”* (Weinberg e Gould, 1996).

En definitiva, os hábitos de AF e os estilos de vida dos cidadáns son elementos importantes do benestar social e a saúde das persoas, polo que o exercicio físico regular é positivo, tanto dende o punto de vista físico, mental e social (Carron et al., 1996).

Na nosa sociedade, a Educación Física como promotora de saúde revalorízase porque a súa contribución pode chegar a ser determinante na creación de hábitos positivos de saúde, centrados fundamentalmente na práctica regular de actividade físico-deportiva (Fox, 2000).

No ano 1994 a OMS recoñeceu o sedentarismo como factor de risco independente para a enfermidade isquémica cardíaca. Dous anos despois, o informe do *Surgeon General* (Johnson & Ballin, 1996), destacou a importancia que tiña sobre a saúde a realización de actividade física moderada ou intensa e, de xeito especial, se esta se realizaba todos os días

da semana, dende entón diferentes organismos apoiaron recomendacións sobre a práctica da AF.

A OMS estimou que no ano 2004 a inactividade física foi o cuarto factor de risco de mortalidade, sendo responsable dun 5,5% das mortes a nivel mundial e dun 7,7% nos países desnvolidos (WHO, 2009), e son moitos os países nos que a AF vai en descenso. No ámbito mundial, el 23% dos adultos e o 81% dos adolescentes en idade escolar non se manteñen suficientemente activos (OMS, 2017).

Nun estudo no que se valora por países o efecto da inactividade física na esperanza de vida e na carga de enfermidade das principais enfermidades crónicas, estímase que en España o 13,4% das mortes poderían evitarse se todas as persoas inactivas físicamente se seguiran as recomendacións establecidas e chegaran a ser activas (Lee et al., 2012).

Segundo un traballo prospectivo publicado na revista *Lancet* demostra que 15 minutos ao día ou 90 minutos á semana de exercicio físico produce unha redución en todas as causas de morte, incluíndo todos os tipos de cancro (Wen, et al., 2011).

A actividade física produce unha redución da mortalidade a medida que o nivel de forma física aumenta (Balady, 2002; Myers, et al., 2002) e dará beneficios mentras se manteña no tempo (Paffenbarger et al., 1994). Cando os individuos presenten un estilo de vida activo teñen taxas máis baixas de mortalidade e unha maior lonxevidade con respecto aos que son sedentarios (Paffenbarger, et al., 1994; Lee et al., 1997; Knoop, et al., 2004).

É necesario un estilo de vida máis saudable que inclúa actividades físicas diarias e que as autoridades, dende un nivel supranacional ao puramente local, fomenten actividades e conciencien á poboación dos beneficios que comporta que a xente sexa máis activa (Martinez et al, 2008).






























Segundo o Eurobarómetro de 2014 da Comisión Europea (CE), os resultados desta enquisa sobre o deporte e a actividade física (táboa 1), o 59 % dos cidadáns da Unión Europea non fan exercicio nin practican ningún deporte nunca ou case nunca, fronte a un 41 % que declara unha frecuencia mínima dunha vez por semana (CE, 2014).

O norte de Europa é fisicamente máis activo que o sur e o este. O 70 % das persoas enquisadas en Suecia responderon que facían exercicio ou practicaban algún deporte como

I PARTE: FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

mínimo unha vez á semana, lixeiramente por diante de Dinamarca (68 %) e Finlandia (66 %), seguida dos Países Baixos (58 %) e Luxemburgo (54 %). España obtivo un 46%, dos que un

Táboa 1. Porcentaxes do Eurobarómetro sobre os niveis de actividade física e deporte na UE.
Bruxelas, 24 de marzo de 2014.

		Regularly		With some regularity		Seldom		Never		Don't know	
		EB80.2 Nov. - Dec. 2013	Diff. 2013- 2009	EB80.2 Nov. - Dec. 2013	Diff. 2013- 2009	EB80.2 Nov. - Dec. 2013	Diff. 2013- 2009	EB80.2 Nov. - Dec. 2013	Diff. 2013- 2009	EB80.2 Nov. - Dec. 2013	Diff. 2013- 2009
	EU28	8%	-1	33%	+2	17%	-4	42%	+3	0%	=
	HU	15%	+10	23%	+5	18%	-6	44%	-9	0%	=
	EL	7%	+4	24%	+9	10%	-5	59%	-8	0%	=
	ES	15%	+3	31%	+4	10%	-9	44%	+2	0%	=
	NL	8%	+3	50%	-1	13%	-3	29%	+1	0%	=
	SI	15%	+2	36%	-3	27%	+1	22%	=	0%	=
	LT	15%	+1	22%	=	17%	-3	46%	+2	0%	=
	SK	6%	+1	28%	+3	25%	-10	41%	+6	0%	=
	CZ	5%	=	31%	+8	29%	-6	35%	-2	0%	=
	EE	7%	=	32%	+5	24%	-1	36%	-5	1%	+1
	IT	3%	=	27%	+1	10%	-6	60%	+5	0%	=
	LU	12%	=	42%	+3	17%	=	29%	-3	0%	=
	AT	5%	=	40%	+7	28%	-5	27%	-2	0%	=
	BG	2%	-1	9%	-1	9%	-19	78%	+20	2%	+1
	DK	14%	-1	54%	+5	18%	=	14%	-4	0%	=
	PL	5%	-1	23%	+4	18%	-6	52%	+3	2%	=
	PT	8%	-1	20%	-4	8%	-3	64%	+9	0%	-1
	DE	7%	-2	41%	+1	23%	+3	29%	-2	0%	=
	LV	6%	-2	25%	+6	30%	+1	39%	-5	0%	=
	RO	6%	-2	15%	+2	18%	-10	60%	+11	1%	-1
	FI	13%	-4	53%	-2	19%	-2	15%	+8	0%	=
	UK	10%	-4	36%	+4	19%	-3	35%	+3	0%	=
	FR	8%	-5	35%	=	15%	-3	42%	+8	0%	=
	CY	11%	-5	25%	=	10%	-3	54%	+8	0%	=
	BE	10%	-6	37%	+3	22%	=	31%	+3	0%	=
	IE	16%	-7	36%	+1	14%	-1	34%	+8	0%	-1
	SE	15%	-7	55%	+5	21%	-1	9%	+3	0%	=
	MT	5%	-12	14%	-17	6%	-8	75%	+37	0%	=
	HR	9%	*	26%	*	36%	*	29%	*	0%	*

Fonte: O presente inquérito Eurobarómetro foi realizado para a Comisión Europea pola rede TNS Opinion&Social nos 28 Estados-Membros, entre 23 de novembro e 2 de decembro de 2013. Case 28.000 participantes participaron no inquérito. http://europa.eu/rapid/press-release_IP-14-300_pt.htm

15% de persoas declararon que o facían regulamente e un 31% con certa regularidade.

Noutro extremo da escala, o 78 % nunca fan exercicio ni practican ningún deporte en Bulgaria, seguíndolle Malta (75 %), Portugal (64 %), Romanía (60 %) e Italia (60 %).

Os resultados do Eurobarómetro confirman que fai falta aplicar medidas que animen a máis persoas a facer do deporte e a actividade física unha parte integrante da súa vida cotiá. Isto non só é esencial na relación coa salud, o benestar e a integración da persoa, senón tamén polos importantes costes económicos que supón a falta de actividade física.

A Comisión comprometeuse a apoiar aos Estados membros nos seus esforzos por animar á poboación a levar unha vida fisicamente máis activa. Váise aplicar a Recomendación do Consello sobre a promoción da AF beneficiosa para a para a saúde e a seguir avanzando cos plans para unha **Semana Europea do Deporte** e o programa **Erasmus+** con financiación, por primeira vez, para as iniciativas transnacionais encamiñadas a promover o deporte e a actividade física.

Esta enquisa pon de manifesto que as autoridades locais, en particular, poderían facer máis para animar aos cidadáns a ser fisicamente activos.

Sedentarismo en España

Cos datos da *Enquisa Nacional de Saúde en España (ENSE)* e a *Enquisa Europea de Saúde en España (ESEE)*, vemos a evolución da porcentaxe do sedentarismo en España, sendo o valor máis baixo, tanto para homes como para mulleres o obtido en 2014, na que o 36,68% da poboación adulta (15+ anos) declárase sedentaria (figura 5).

Suliñar que o sedentarismo, en todos os anos, sempre foi menor nos homes, e podemos ver que, actualmente en 2014, as diferenzas están claras por sexo, 31,08% en homes e 42,01% en mulleres.

Nos últimos 20 anos, o sedentarismo na poboación adulta española presenta una evolución desigual, no bienio 93-95 hai una caída da prevalencia, seguida dunha lixeira redución, dende o 46,87% de 1995 al 44,44% en 2011. En 2014 observase unha importante caída de 7 puntos porcentuais en ambos sexos. A tendencia é a mesma en

I PARTE: FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

homes e en mulleres. Agás nalgúnhas edicións podemos dicir que o sedentarismo foi sempre máis frecuente nas mulleres que nos homes (ENSE/EESE 2014).

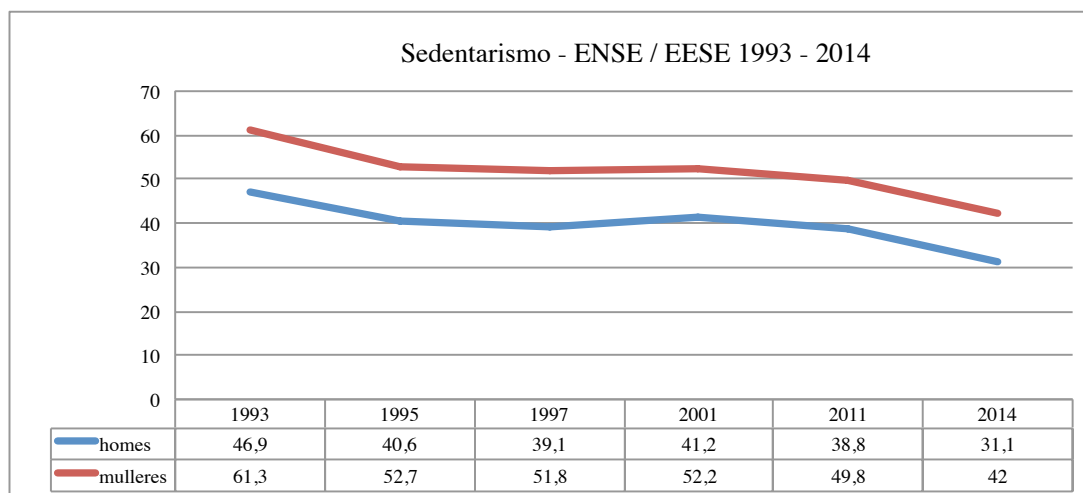


Figura 5. Gráfica na que se amosa a evolución da porcentaxe do Sedentarismo na poboación española de 15 e + anos. Segundo o sexo, dende 1993 a 2014. Fonte: Encuesta Nacional de Salud en España (ENSE) e Enquisa Europea de Saúde en España (EESE). Tirado de: https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/EncuestaEuropea/Tend_salud_30_indic.pdf

Sedentarismo en Galicia

Dacordo coa enquisa nacional de saúde do *Instituto Nacional de Estadística* do ano 2006 (INE, 2006), en Galicia, coa excepción do consumo de tabaco, hai maior prevalencia de hipertensión arterial, sobrepeso e obesidade, e actividade física insuficiente.

Segundo o *Boletín Epidemiolóxico de Galicia* (BEG), en Galicia analizouse por primeira vez, e polo miúdo, a prevalencia de sedentarismo no tempo de lecer no ano 2007, que para os adultos de 16 e + anos foi do 48%. Estudos posteriores darían unha prevalencia con valores próximos ao 50% e sendo, no ano 2011 do 46'9%. Este estudo permitiu identificar 2 grupos de poboación que deberían ser obxectivo dos programas de educación para a saúde, como son as mulleres e os traballadores (BEG, 2013).

O *Sistema de Información de Condutas de Risco* (SICRI) da Consellería de Sanidade da Xunta de Galicia empezou a funcionar en Galicia no ano 2005 realizando enquisas telefónicas anuais aos adultos galegos, tendo como obxectivo principal identificar a presenza na poboación galega diferentes factores de risco para a saúde.

Segundo os datos do SICRI de 2007 a 2015 sobre o sedentarismo en Galicia (figura 6) e que foron obtidos a partir do gasto enerxético semanal declarado pola xente sen un problema de saúde limitante, podemos observar que dende o ano 2007 a 2015 a porcentaxe do sedentarismo foi baixando, destacando a baixada do grupo de 16 a 24 anos no que os homes, dende 2007 ata 2015, baixaron 22 puntos porcentuais e as mulleres 16 puntos.

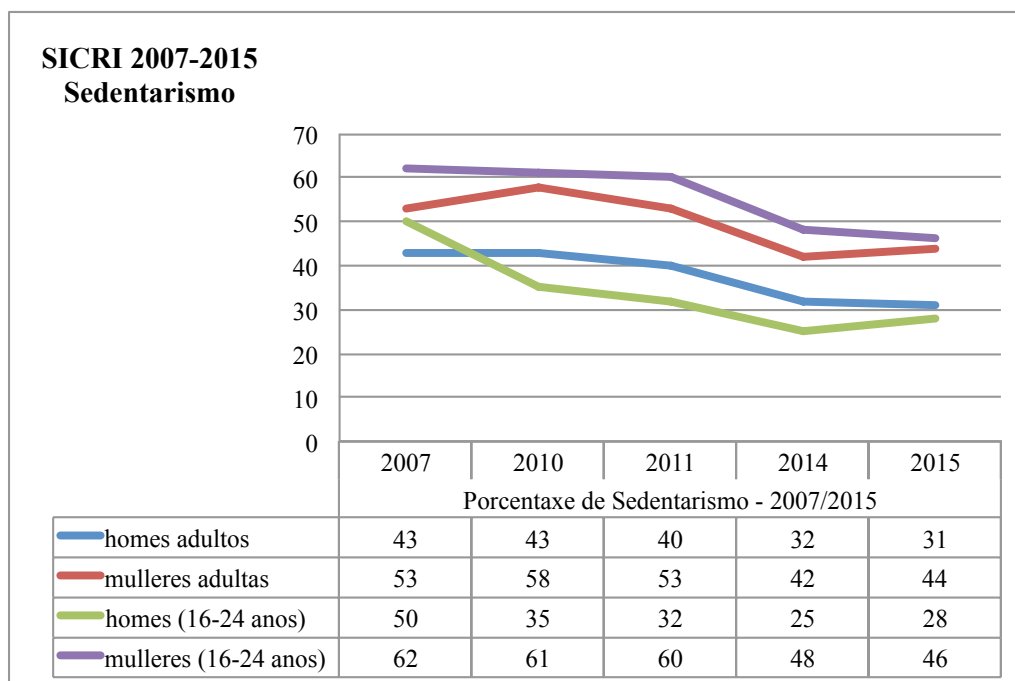


Figura 6. Gráfica na que se amosa a evolución da porcentaxe de sedentarismo na poboación galega adulta e no grupo de 16 a 24 anos, segundo o sexo, dende 2007 a 2015. Fonte: datos tirados dos estudos feitos polo Sistema de Información de Condutas de Risco (SICRI) da Consellería de Sanidade (Xunta de Galicia) e foron obtidos a partir do gasto enerxético semanal declarado pola xente sen un problema de saúde limitante. Tirado de: <https://www.sergas.es/Saude-publica/SICRI-O-SICRI-ano-a-ano>

Hoxe en día a recomendación máis estendida, similar á implantada no *Programa PASEA* posto en marcha pola Consellería de Sanidade, que é aquela que afirma que para mellorar ou manter a saúde, os adultos sans necesitan facer actividade física aeróbica de intensidade moderada un mínimo de 30 minutos ao día polo lo menos 5 días á semana ou de 20 minutos ao día de actividade física intensa como mínimo 3 días á semana, ou a combinación de ambas nun rango de gasto calórico determinado.

1.3.1.2 Dieta Desequilibrada

Nos últimos anos produciuse un cambio negativo na alimentación saudable, con dietas cunha alta densidade enerxética na que xogan un papel importante o sal, os azucres engadidos aos alimentos, unha maior inxesta de graxas saturadas (na súa maioría de procedencia animal) e unha redución da inxesta de hidratos de carbono complexos, fibra, froitas e verduras.

Para unha mellora da alimentación na poboación non só se debe garantir a seguridade alimentaria senón tamén se debe fomentar unha alimentación variada, equilibrada e moderada que posibilite a adopción dunha alimentación saudable.

Esta alimentación pouco saudable xunto coa falta de actividade física, son causas a de aparición de enfermidades cardiovasculares, diabetes tipo 2 e determinados tipos de cancro que contribúen sustancialmente á carga mundial de mortalidade, morbilidade e discapacidade (WHO, 2004).

A “Declaración de Viena” sobre *Nutrición e Enfermidades Non Transmisibles* no contexto de Saúde 2020 (WHO, 2013), é o novo marco político co que os Estados Membros da OMS na Rexión de Europa se comprometeron a previr e loitar contra o sobrepeso, a obesidade e a desnutrición.

Para isto, requírese a participación activa de todos os sectores e actores e ofrece opcións de política para que os gobernos consideren introducir a produción, o consumo, a comercialización, a dispoñibilidade, o acceso, as medidas económicas e a educación baseada nas intervencións, tendo en conta as dimensións culturais da nutrición.

A boa alimentación ten que formar parte dos estilos de vida saudables dende o nacemento, e os efectos beneficiosos dunha alimentación adecuada vanse obter tanto en curto como a longo prazo previndo ou mellorando os cambios naturais debidos á idade e ás enfermidades máis frecuentes que aparecen co paso dos anos (WHO, 2004).

O comezo dos estudos universitarios é unha etapa importante que representa un período de maior responsabilidade en distintos aspectos da vida. Nesta etapa, a elección dos alimentos e as prácticas de estilos de vida saudables adquiridos na infancia adoitan ser

modificados e ao mesmo tempo, moitos estudantes non teñen a experiencia de comprar os seus alimentos, planificar e preparar as súas comidas. Existen numerosos estudos que observaron hábitos dietarios e estilos de vida inapropiados nos estudantes universitarios en diferentes países. Diversas razóns afectan a elección dos alimentos nesta poboación nova como ir a outra cidade co consiguiente desarraigo familiar, diñeiro disponible así como tamén incrementada oferta de "fast foods" e menor dispoñibilidade de tempo (Papadaki et al., 2007; Irazusta, et al., 2007)

Por iso, é moi importante que se promocióne nos entornos escolar, familiar, sanitario, empresarial, laboral e comunitario, xunto coa posta en marcha de medidas que reforcen a protección da saúde a través de medidas lexislativas e/ou de acordos de correulación, que faciliten os hábitos de vida saudables e a protección dos mesmos (Estrategia SNS, 2014).

Conceptos básicos

- **Alimentación:** conxunto de accións conscientes e voluntarias que realizamos antes de introducir un alimento no noso organismo.
- **Nutrición:** conxunto de procesos que se producen no noso organismo cando inxerimos un alimento, sendo este proceso involuntario e inconsciente.
- **Dieta:** plan alimentario axeitado ao desgaste e ás características de cada organismo permitindo un desenvolvemento armónico e saudable.

Dieta Mediterránea

A Dieta Mediterránea (DM) é unha das dietas que foi estudada no seu conxunto e foi cualificada como padrón de alimentación saudable.

A DM apareceu nun contexto xeográfico (Creta, Grecia e sur de Italia), a principios de 1960, despois da II guerra mundial pero antes da chegada da cultura da comida rápida e cuxas características (Moreno, 2012) son:

- Abundancia de **alimentos vexetais**: froita, verduras, pan e cereais (preferiblemente integrais), legumes, froitos secos e sementes. O emprego do aceite de oliva como fonte principal de graxa.

I PARTE: FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

- **Consumo moderado** de: aves de curral, peixe e marisco (en función da proximidade ao mar), produtos lácteos (principalmente queixo e iogur) e ovos.
- **Consumo escaso de carnes vermellas**, tanto en frecuencia como en cantidade, limitado a días sinalados.
- A **sobremesa típica** é a froita e/ou froitos secos. Os **doces** na sobremesa resérvanse para ocasións especiais.
- **Consumo moderado de viño** nas comidas.

A OMS introduciu o concepto de Dieta Mediterránea (Mediterranean Diet) en 1993, nunha conferencia, en Massachusetts, e hoxe en día é mundialmente coñecida.

Nesta dieta comprobouse o seu efecto protector a nivel cardiovascular (Estruch et al., 2013), non soamente polos compoñentes da mesma e as interaccións entre eles, senón tamén polo estilo de vida activo que incorpora (De Lorgeril e Salen, 2012).

A Dieta Mediterránea é una valiosa herencia cultural que representa moito máis que unha pauta nutricional, rica e saudable. É un estilo de vida equilibrado que recolle receitas, maneiras de cociñar, celebracións, costumes, produtos típicos e actividades humanas diversas.

Entre as moitas propiedades beneficiosas para a saúde deste padrón alimentario destaca o tipo de graxa que o caracteriza (aceite de oliva, peixe e froitos secos), as proporcións nos nutrientes principais que gardan as súas receitas (cereais e vexetais como base dos pratos e carnes ou similares como “guarnición”) e a riqueza en micronutrientes que contén, froito da utilización de verduras de tempada, herbas aromáticas, condimentos, etc. (Figura 7). Ademais, en 2010, a *United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization* (UNESCO) recoñeceu á Dieta Mediterránea como Patrimonio Cultural Inmaterial da

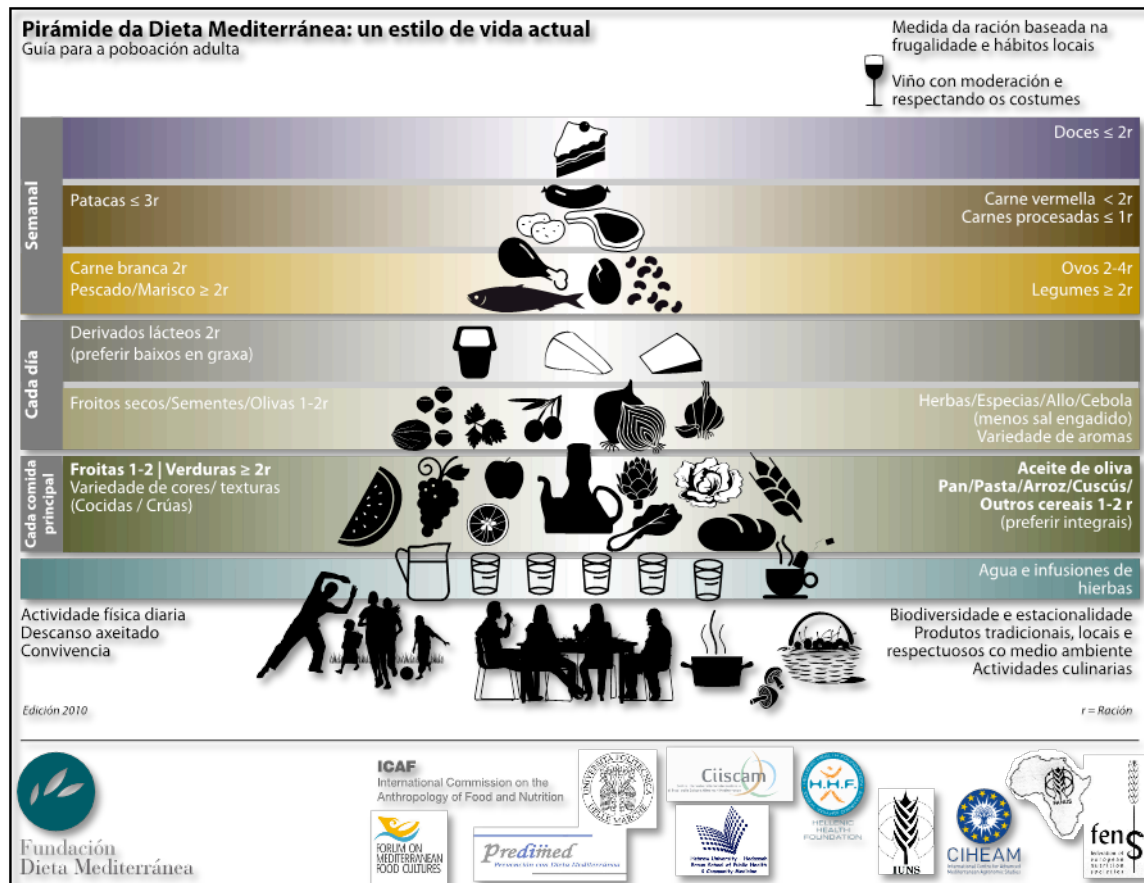


Figura 7. Pirámide da Dieta Mediterránea: un estilo de vida actual. Fonte: tirado da *Fundación Dieta Mediterránea*: https://dietamediterranea.com/piramidedm/piramide_GALLEGO.pdf

Humanidade (Fundación Dieta Mediterránea). Destacar que a DM non se trata tan só dunha listaxe de alimentos; ten outros aspectos ligados á sociedade, cultura e estilos de vida mediterráneos que inflúen de xeito importante nos seus efectos beneficiosos sobre a saúde, como o uso de alimentos frescos de tempada e pouco procesados, unha cociña elaborada a lume manso en compañía e sen presas, con moderada actividade física e o hábito da sesta (Ros et al., 1998; Trichopoulou, 1998; Serra-Majem e Aranceta, 2006).

A dieta de só a metade da poboación adulta española amosa unha concordancia aceptable co padrón de dieta mediterránea, constatándose ademais que a adherencia a este padrón saudable de dieta é menor nos máis novos, e nas persoas de clase social máis baixa (Leon-Muñoz, et al., 2012).

As consecuencias da perda da DM son evidentes; a máis alarmante é o incremento nas taxas de obesidade nas poboacións mediterráneas, sobre todo na poboación máis nova; por

I PARTE: FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

outra banda, as taxas de mortalidade por enfermidades crónicas no Mediterráneo van en aumento, aínda que son inferiores ás dos países do norte de Europa (Da Silva, et al., 2009; Paletas, et al., 2010).

Obesidade

Para a *Sociedade Española para o Estudo da Obesidade* (SEEDO): “A obesidade é unha doenza crónica multifactorial froito da interacción entre o xenotipo e ambiente. Esta doenza afecta a unha gran porcentaxe da poboación de países desenvolvidos como o noso, abarcando todas as idades, sexos e condicións sociais. A prevalencia da obesidade aumentou e continúa incrementándose de forma alarmante na nosa sociedade, así como en países de economía en transición, adquirindo proporcións epidémicas” (Salas-Salvado, et al., 2007).

A obesidade é un problema moi importante de saúde pública, no que a prevención é un factor esencial, debido a que unha vez acadados os niveis de peso definidos como obesidade, é moi difícil voltar a un peso normal (Swinburn e Egger, 2002; Breslow, 2006).

Os resultados dos estudos científicos conclúen que o sobrepeso e a obesidade son un factor de risco para moitas doenzas e problemas de saúde como a hipercolesterolemia, hipertensión, diabetes do adulto, enfermidades coronarias, certos tipos de cancro e moitas enfermidades crónicas (Thakur et al., 2001; Hu et al., 2001; Giovannucci et al., 1996; Ballard-Barbash e Swanson, 1996; Gelber et al., 1999; Festi, et al., 2009).

Na "Estratexia Mundial da OMS sobre Réxime Alimentario, Actividade Física e Saúde", adoptada pola Asemblea Mundial da Saúde en 2004, descríbense as medidas necesarias para apoiar as dietas saudables e a actividade física periódica, e anima a todas as partes interesadas para que adopten medidas a nivel mundial, rexional e local para mellorar as dietas e os hábitos de actividade física na poboación (OMS, 2004).

Obesidade en España

A *Enquisa Nacional de Saúde en España* (ENSE) e a *Enquisa Europea de Saúde en España* (ESEE) recolleron a información declarada polos participantes, referente ao peso e a talla, e con esta información calculouse o Índice de Masa Corporal (IMC).

A gráfica amosa a evolución dende 1987 a 2014 da prevalencia conxunta de obesidade e sobrepeso, na poboación española adulta, segundo sexo (figura 8).

A prevalencia de obesidade en adultos, foi ascendendo nos últimos 25 anos, a obesidade en mulleres pasou dun 8%, en 1987, a un 16,7% en 2014, pero en homes o ascenso foi maior, dado que pasaron dun 7%, en 1987, a un 17,1% en 2014.

No referente ao sobrepeso (sen obesidade), a prevalencia manténse en valores moito máis estables, dende o 32,3% en 1987 ao 35,7% en 2014.

En 2014, a prevalencia conxunta de obesidade e sobrepeso na poboación adulta é do 60,7% nos homes e do 44,7% nas mulleres. En ambos sexos a prevalencia aumenta coa idade e ao baixar de clase social (Gutierrez et al., 2012).

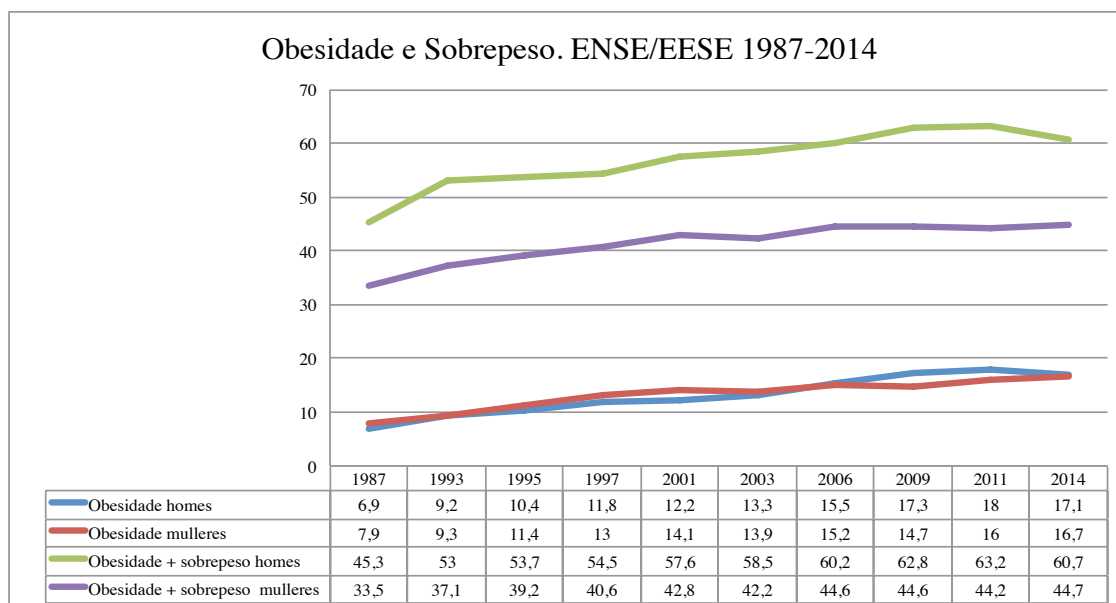


Figura 8. Gráfica na que se amosa a evolución da porcentaxe de Obesidade e Sobrepeso na poboación española de 15 e + anos, segundo o sexo, dende 1987 a 2014. Fonte: Encuesta Nacional de Salud en España (ENSE) e Enquisa Europea de Saúde en España (EESE), e tirado de: https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/EncuestaEuropea/Tend_salud_30_indic.pdf

Obesidade en Galicia

Segundo os datos do estudo do *Sistema de Información de Condutas de Risco* (SICRI), correspondentes ao tramo dos anos de 2006 a 2015, ver figura 9, no referente aos adultos en homes e nun 40% nas mulleres.

Na prevalencia de obesidade, as mulleres pasaron dun 11,22%, en 2006 a un 17,02% en 2015 e os homes dun 13,39% a un 17,67% respectivamente.

Vemos que a obesidade, tanto en homes coma en mulleres vai aumentando paulatinamente, dende 2006, chegando ao 17% en ambos casos.

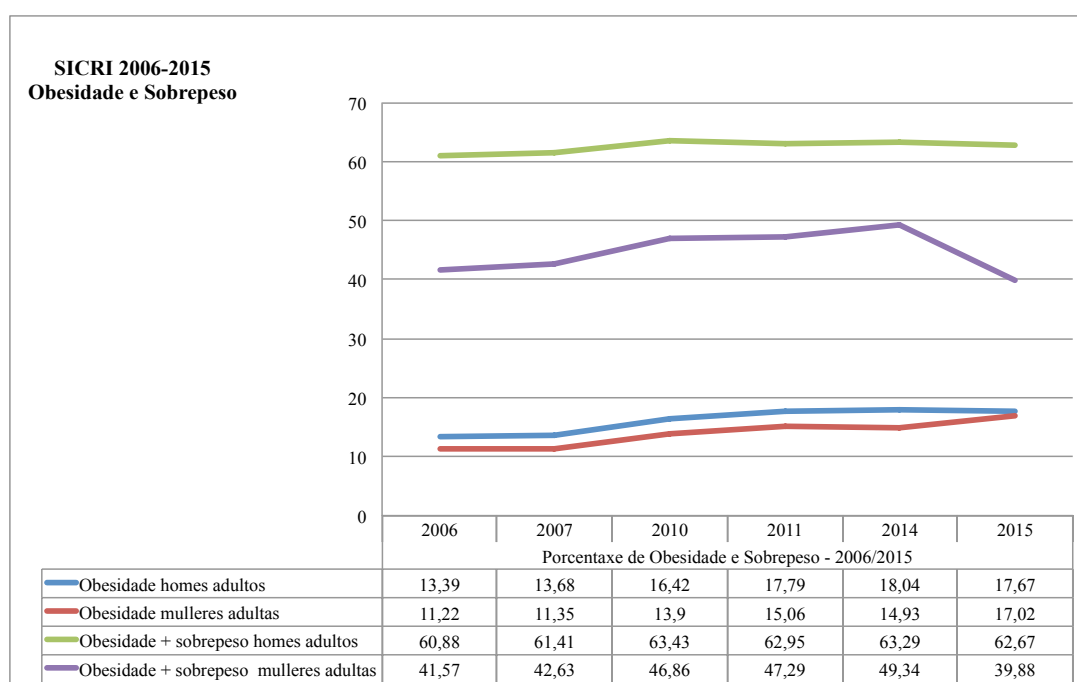


Figura 9. Gráfica na que se amosa a evolución da porcentaxe de Obesidade e Sobrepeso na poboación galega adulta segundo o sexo, dende 2006 a 2015. Fonte: datos tirados dos estudos feitos polo Sistema de Información de Condutas de Risco (SICRI) da Consellería de Sanidade (Xunta de Galicia). Tirado de: <https://www.sergas.es/Saude-publica/SICRI-O-SICRI-ano-a-ano>

A Obesidade orientada cara á percepción da saúde e os estilos de vida

Aínda que realmente a obesidade non é obxecto central da tese, hai unha gran fundamentación que está orientada cara á percepción da saúde e os estilos de vida, isto é debido a que a obesidade é a enfermidade metabólica máis frecuente no mundo e é un

problema de saúde pública a nivel mundial, influíndo de maneira importante a dieta e a actividade física, factores estudados nesta tese de doutoramento.

Hai un número crecente de estudos que investigan a influencia de factores ambientais relacionados coa obesidade, como hábitos na dieta (Van der Horst et al., 2006; Swinburn et al., 2007) e actividade física (Reilly et al., 2006) que demostran que se hai cambios positivos nos hábitos alimentíceos e na AF contribúe á prevención do sobrepeso e obesidade (Aranceta et al., 2007). Sobre esta base, a Asemblea Mundial de Saúde (OMS, 2004) aprobou a *Estratexia Global sobre Dieta e Actividade Física* que anima a todos os membros estados para implementar plans de acción a todos os niveis.

Por iso, é importante saber os niveis de AF e de ADM para desenvolver estratexias para a prevención do sobrepeso e a obesidade na comunidade universitaria do SUG.

Sobre a interpretación do descenso progresivo da inactividadee física co incremento do Sobrepeso e a Obesidade.

A obesidade prodúcese por un desequilibrio entre a inxesta e o gasto enerxético, aínda que na súa etioloxía tamén actúan factores xenéticos (Rosenbaum & Leibel, 1998; Goran,1998), polo tanto unha dieta non saudable combinada cunha insuficiente actividade física dan como resultado un aumento de sobrepeso e obesidade.

A Actividade Física e o exercicio son compoñentes para manexar a perda de peso, xunto cun plan de alimentación estruturado, porque a práctica de exercicio físico de forma illada como tratamento da obesidade non parece ter un papel destacado na perda de peso, aínda que son incuestionables os seus efectos beneficiosos sobre o risco cardiovascular e a saúde en xeral (Garrow & Summerbell, 1995; Jakicic & Otto, 2005).

Dende 1987 a 2014, podemos observar que na poboación española (figura 8), hai un aumento progresivo de Sobrepeso e Obesidade e ao mesmo tempo unha baixada, tamén progresiva, na prevalencia de sedentarismo (figura 5). Isto pode ser debido a que a poboación española ten unha dieta pouco saudable (alto contenido en calorías, comidas con moita graxa, consumo de doces e lambetadas, bebidas azucaradas, porcións demasiado grandes, etc.) e aínda que o sedentarismo baixa progresivamente a cantidade de actividade física non é suficiente para revertir o sobrepeso e a obesidade.

Neste contexto de recomendar AF, a Asociación Internacional para o Estudo da

I PARTE: FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

Obesidade (IASO) fai dúas recomendacións (Saris et al., 2003):

1. Para evitar que as persoas con sobrepeso non evolucionen cara a obesidade: realizar 45-60 min de AF diaria (315-420 min/semana) como acción preventiva.
2. Para evitar que se recupere o peso perdido: dirixida a ás etapas de mantemento do peso perdido, propón adicar de 60 a 90 min diarios (420-630 min/semana) de AF con intensidade moderada.

Por iso para que haxa un descenso de sobrepeso e obesidade, libre da xenética ou enfermidade, temos que controlar as calorías inxeridas e a AF regular, que son os pilares fundamentais para conseguir un balance enerxético negativo (OMS, 2004; Salas-Salvado et al., 2009).

Cada día ten máis importancia analizar o conxunto da dieta, e os seus compoñentes individuais como son as froitas e as verduras porque son fontes de vitaminas e outros compostos bioactivos na dieta. Estes compostos activos como os carotenoides, as vitaminas C e E, folatos compostos fenolicos, glucosinolatos, fitosteróis e certos minerais (Fe, Zn, Ca) son potencialmente responsables de efectos protectores e un consumo de 5 ou máis porcións de froitas e verduras ao día está amplamente recomendado dado que se asocia cun menor risco de enfermidades crónicas. (Olmedilla, 2012).

Consumo de froitas e verduras

A *Enquisa Nacional de Saúde en España* (ENSE) e a *Enquisa Europea de Saúde en España* (ESEE) recolleron a información declarada polos participantes, referente ao consumo de froitas e verduras na poboación de 15 e + anos, aportándose na gráfica as porcentaxes por sexo e ano desta enquisa (figura 10).

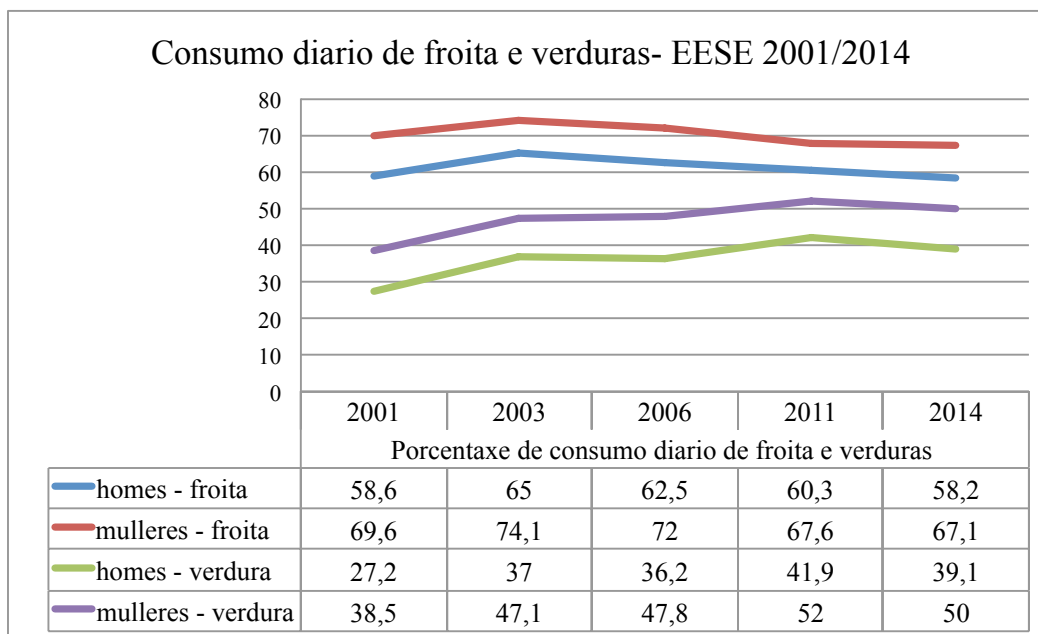


Figura 10. Gráfica na que se amosa o consumo de froita fresca e de verdura na poboación española adulta, segundo o sexo, dende 2001 a 2014. Fonte: Encuesta Nacional de Salud en España (ENSE) e Enquisa Europea de Saúde en España (EESE) e tirado de: https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/EncuestaEuropea/Tend_salud_30_indic.pdf

As preguntas da enquisa (EESE, 2014) non están orientadas á cantidade ingerida de distintos tipos de alimentos, senón que preguntan especificamente pola regularidade da inxesta de froitas e de verduras. En 2014, 6 de cada 10 persoas refiren que comen froita fresca alomenos unha vez ao día, e 4 de cada 10 comen verdura, ensaladas ou hortalizas decotío.

As mulleres comen máis froita cos homes (67,1% das mulleres toma froita alomenos unha vez ao día, vs. 58,2% dos homes) e tamén máis verduras (50% das mulleres toma verdura alomenos unha vez ao día, vs. 39,1% dos homes).

A evolución deste indicador entre 2001 e 2014 amosa unha tendencia con poucos cambios para a froita e un ascenso moderado no consumo diario de verdura. Vendo as cifras na figura 7, entre 2001 e 2014, o consumo en ambos sexos de froita está estable mentras que o consumo de verdura aumenta un 12% (ENSE/EESE, 2014).

Segundo os datos do estudo do *Sistema de Información de Condutas de Risco* (SICRI), correspondente ao ano de 2014, ver figura 11, no referente ao consumo de verduras en

I PARTE: FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

Galicia, os adultos homes alcanzan unha puntuación porcentual do 70% e as mulleres un 82% mentras que grupo de 16 a 24 anos, os homes teñen un 60% e as mulleres un 68%.

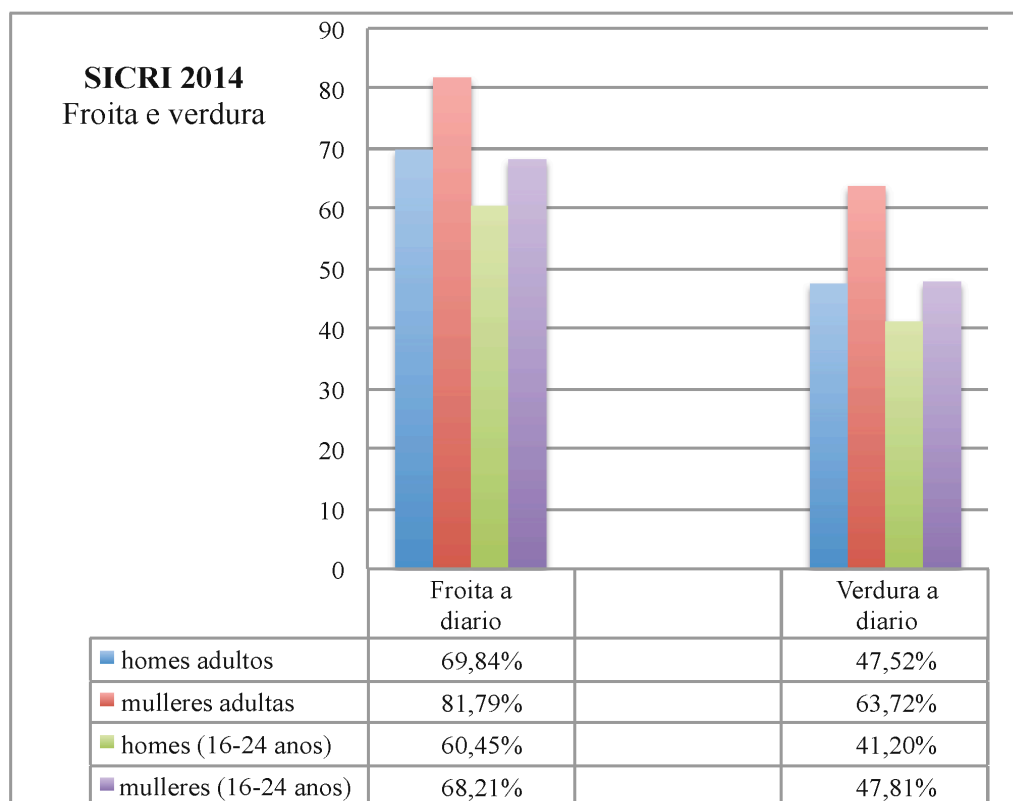


Figura 11. Gráfica na que se amosa a porcentaxe do consumo diario de froita e verduras na poboación galega adulta e no grupo de 16 a 24 anos, segundo o sexo, do ano 2014. Fonte: datos do estudo feito do ano 2014, polo Sistema de Información de Condutas de Risco (SICRI) da Consellería de Sanidade (Xunta de Galicia), tirado de: <https://www.sergas.es/Saude-publica/SICRI-O-SICRI-ano-a-ano>

No referente ao consumo de froita, os adultos homes alcanzan un 47% e as mulleres un 64% e no grupo de 16 a 24 anos, os homes teñen un 41% e as mulleres un 48%. Deste resultados vemos que os adultos galegos consomen máis froita e verdura comparando co grupo de 16 a 24 anos e as mulleres obteñen puntuacións máis altas con respecto aos homes.

Almorzo

O almorzo diario e equilibrado supón unha das inxestas alimentarias máis importantes do día debido a que está asociado cunha óptima inxesta de nutrientes ao longo do día e a un maior rendemento físico e intelectual (Hultman, 1989; Nicklas et al., 1993; Ortega, et al., 1995; Cooper et al., 2011; Ishimoto et al., 2012).

Diversos estudos poñen de manifesto dende hai tempo a influencia que o almorzo ten sobre o rendemento físico e intelectual nas actividades realizadas durante a mañá (Pollit et al., 1981; Pollit, 1995), pero adoita ser unha das inxestas que con maior frecuencia ou non se fai ou fáise mal (Reeves et al., 2013; Pinto e Carvajal, 2003).

A contribución do almorzo á inxesta enerxética suxire que debería aportar entre un 25 e 30% das necesidades diarias, e a súa calidade nutricional favoreceríase pola inclusión de lácteos, froita e cereais (Nicklas et al., 1998; Nicklas et al., 2000).

Un almorzo saudable, ver figura 12, axuda a conseguir unha correcta distribución das calorías ao longo do día e desta forma a un mellor mantemento do peso.

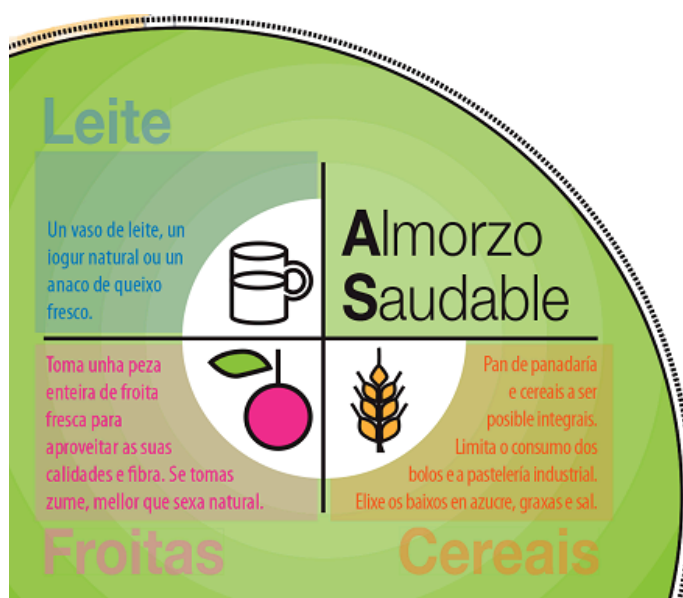


Figura 12. Almorzo Saudable.

Fonte: **Proposta para un almorzo saudable**, de Xente con vida da Consellería de Sanidade da Xunta de Galicia <http://xenteconvida.sergas.es/Paginas/Articulo/cat/3/art/23/proposta-para-un-almorzo-saudable>

I PARTE: FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

Un almuerzo equilibrado e axeitado reafirma o compromiso cun tipo de vida saudable, e cando non se almorza de maneira correcta é moi difícil que se cheguen a alcanzar as recomendacións dietéticas diarias, especialmente de minerais e vitaminas (Nicklas et al., 1993; Ishimoto et al., 2012), e en consecuencia, o rendimientto académico podería afectarse negativamente (figura 13).

Qué pasa se non almorzas ?
<ul style="list-style-type: none">• Custarache máis atender ao profesor e facer as tarefas.• Aprenderás menos e con máis esforzo.• Sentiraste canso e estarás menos activo.• Sentirás máis apetito a media mañá e comerás máis (lambetadas, bolos que teñen máis graxa e azucre, refrescos...). O teu peso e a graxa corporal tamén aumentará.• Pode que non tomes o ferro e o calcio suficientes para os teus ósos e para ti.

Figura 13. Principais signos e síntomas de Non Almorzar.

Fonte: Programa PASEA. Consellería de Sanidade -Xunta de Galicia.

A *Enquisa Nacional de Saúde en España* (ENSE) e a *Enquisa Europea de Saúde en España* (ESEE) recolleron a información declarada polos participantes, na que trae os datos alternos de 2001 a 2011, referente ao do hábito de *Non Almorzar* da poboación española de 15 a 64 anos, podemos ver que en todas idades e sexo (figuras 14, 15 e 16), dende 2001 hai un aumento considerable na porcentaxe que alcanza o seu punto máis alto en 2003, a partir desta data comeza unha baixada ata 2006 e despois unha leve subida ata 2011.

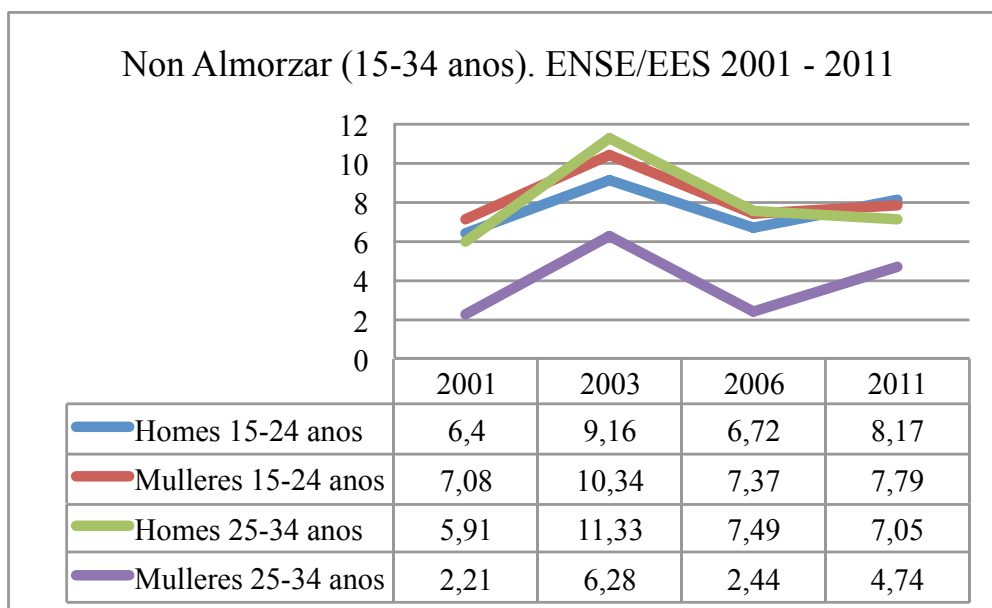


Figura 14. Gráfica na que se amosa a porcentaxe do hábito de Non Almorzar na poboación española de 15-24 e de 25-34 anos. Segundo o sexo, dende 2001 a 2011. Fonte: Encuesta Nacional de Salud en España (ENSE) e Enquisa Europea de Saúde en España (EES), tirado de: https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/EncuestaEuropea/Tend_salud_30_indic.pdf

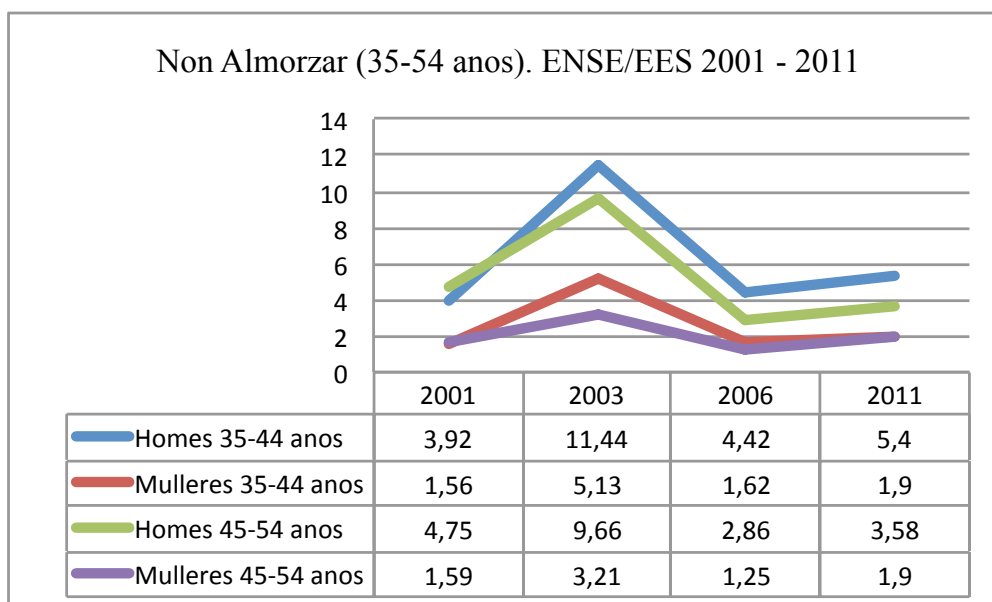


Figura 15. Gráfica na que se amosa a porcentaxe do hábito de Non Almorzar na poboación española de 35-44 e de 45-54 anos. Segundo o sexo, dende 2001 a 2011. Fonte: Encuesta Nacional de Salud en España (ENSE) e Enquisa Europea de Saúde en España (EES), tirado de: https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/EncuestaEuropea/Tend_salud_30_indic.pdf

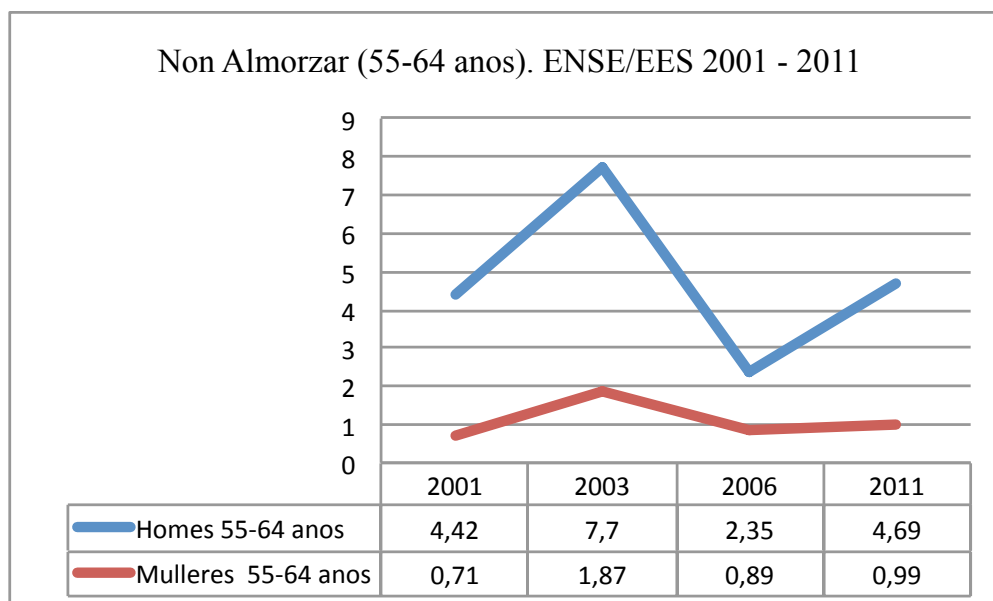


Figura 16. Gráfica na que se amosa a porcentaxe do hábito de Non Almorzar na poboación española de 55-64 anos. Segundo o sexo, dende 2001 a 2011. Fonte: Encuesta Nacional de Salud en España (ENSE) e Enquisa Europea de Saúde en España (EES), tirado de: https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/EncuestaEuropea/Tend_salud_30_indic.pdf

No grupo de 15 a 24 anos (figura 15) no ano 2011 o *non almorzar* ronda o 8% en ambos sexos, no grupo de 34 a 54 anos (táboa 16) os homes están entre 3,5-5,5% e mulleres 2% e para finalizar o grupo de 55 a 64 anos (figura 17) ten un 4,69 para os homes e un 1% para as mulleres. Vendo os últimos resultados de 2011 os homes teñen maiores puntuacións cas mulleres en todos os grupos de idade e ademáis cando aumenta a idade, baixan as porcentaxes.

1.3.1.3. Consumo de Alcohol

Segundo a *I Conferencia de Prevención y Promoción de la Salud en la Práctica Clínica en España: Prevención de los problemas derivados del alcohol*, organizada polo Ministerio de Sanidad y Consumo (MSC, 2007), o alcohol ten unha serie de características que o fan especial, porque, por unha banda, trátase dun produto de curso legal que ocupa un espazo relevante no mercado, enraizado na nosa cultura, e cunha forte presenza na sociedade rural e, por outra banda, é responsable dun volume importante de problemas

sociais e de saúde, cun custo notable en sufrimento, enfermidade e mortes evitables. Aínda que a maioría dos consumidores de alcohol non sufran efectos adversos polo seu consumo, unha parte (que non se limita ás persoas que desenvolven dependencia do alcohol) padece as súas consecuencias, estendéndose estas consecuencias a persoas que non o consumen (lesións por accidentes de tráfico, agresións, etc.). Por todo isto, o alcohol é un produto peculiar que, pese ao seu curso legal, debe ser obxecto de regulación e de intervención sanitaria (MSC, 2008).

Consumo de alcohol en España

No noso país, o consumo perxudicial e risco de alcohol é unha das primeiras causas de morbilidade e mortalidade que se poden previr. O alcohol é o terceiro factor de risco máis importante de morte prematura e enfermidade despois do tabaquismo e a hipertensión arterial (HTA), por diante da hipercolesterolemia e o sobrepeso. Aparte de ser unha droga de abuso e dependencia, é o causante de múltiples diferentes tipos de enfermidade. O alcohol é responsable de notables perxuizos sociais, mentais e emocionais, incluíndo criminalidade e todo tipo de violencia, que conducen a enormes custos para a sociedade (Robledo, 2006; Alvarez et al., 2008).

Os estudos realizados durante os últimos anos constatan que en moitas áreas da Unión Europea, entre as que está España, producíronse cambios alarmantes nos hábitos dos nenos e adolescentes en relación coa bebida e revelan un aumento do consumo excesivo e regular de alcohol por parte dos menores, unha diminución da idade na que teñen lugar os primeiros contactos co alcohol, e un aumento do consumo por parte dos adolescentes. Estes datos reflicten unha tendencia preocupante, dadas as graves consecuencias do consumo excesivo de alcohol, tanto para a saúde da xente nova como para o benestar social (Díez e Peirats, 1999).

Segundo a Enquisa ENSE/EES 2014, na que hai datos alternos de 2006 a 2014 do consumo habitual de alcohol da poboación española de 15 e + anos (figura 17), podemos ver que dende 2006 hai unha baixada progresiva ata 2011, os homes baixan do 64,83% a 50,29 e as mulleres do 32,57% a 23,80%. Tamén se observa que en 2014, os homes cun 50,29% teñen maiores puntuacións e dobrando a porcentaxe das mulleres que obtiveron un 23,88%.

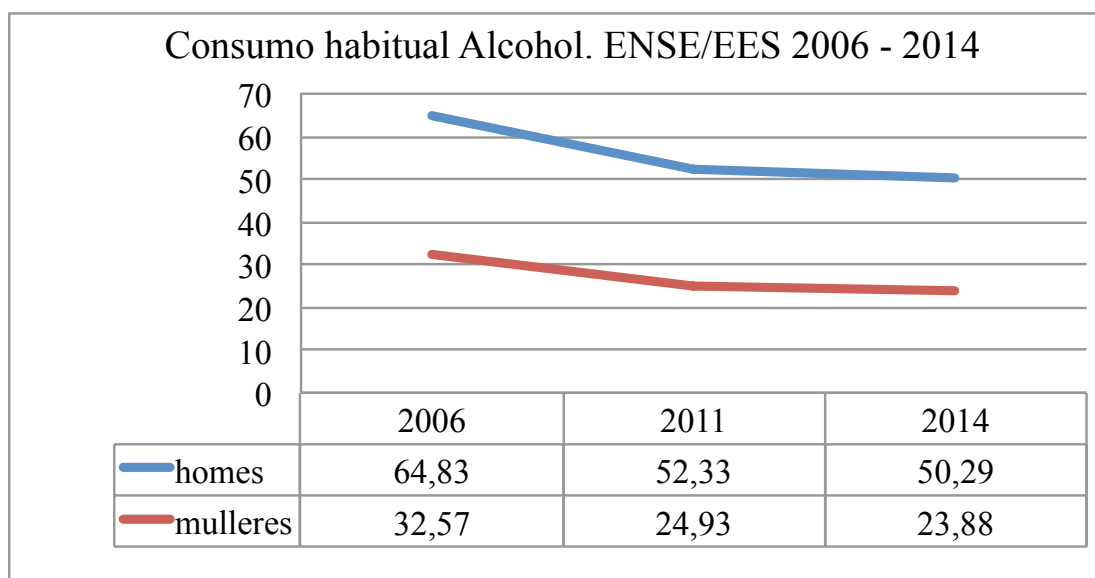


Figura 17. Gráfica na que se amosa o consumo habitual de alcohol na poboación española de 15 e + anos. Segundo o sexo, dende 2006 a 2014. Fonte: Encuesta Nacional de Salud en España (ENSE) e Enquisa Europea de Saúde en España (EES), realizada polo Instituto Nacional de Estadística (INE), tirado de:

https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/EncuestaEuropea/Tend_salud_30_indic.pdf

Consumo de alcohol en Galicia

En Galicia, no ano 2010 aprobáronse dúas Leis importantes no ámbito da saúde pública, a Lei 42/2010 que regulou o consumo de tabaco é, entre outros aspectos, prohibiu fumar en espazos públicos e a outra é a Lei 11/2010 que establecía diferentes medidas para previr o inicio do consumo de alcohol en menores de idade. Ambas están vixentes na actualidade e podemos observar o alto coñecemento da existencia destas Leis entre a poboación galega, destacando a porcentaxe de mozos, aproximadamente o 80%, que din coñecer a Lei reguladora do consumo de alcohol (SICRI, 2015).

As prevalencias de consumo de alcohol alguna vez nos últimos 12 meses, en 2007, segundo o *Plan de Trastornos Adictivos de Galicia 2011-2016*, foi dun 82,6% (PTAG, 2011), e segundo os datos que manexa o SERGAS (Servizo Galego de Saude) en 2008, foi un total de 73,7%, en homes un 83,3% e mulleres 64,0% (SERGAS, 2008).

O *Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías* (OEDT) correspondente ao ano 2015, fixo unha *Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España* (EDADES), e reflicte que en 2013, a idade media de inicio no consumo de alcohol na poboación galega de 15-64

años foi de 16,2 anos mentras que en España foi de 16,7 anos e no referente á prevalencia de consumo de alcohol nos últimos 12 meses, a media nacional foi dun 78,3% e a de a media Galicia foi de 79,9% (OEDT, 2015).

1.3.1.4. Consumo de Tabaco

Na *Nota descriptiva da OMS*, de maio de 2017, o tabaco segue a ser a primeira causa mundial de mortes prevenibles, sendo o seu consumo a primeira causa de mortalidade e morbilidade evitable ademáis de ser unha das maiores ameazas para a saúde pública que ten que afrontar o mundo. Mata a máis de 7 millóns de persoas ao ano, das que máis de 6 millóns son consumidores directos e cerca de 890.000 son non fumadores que están expostos ao fume, e case o 80% dos máis de mil millóns de fumadores que hai no mundo viven en países de ingresos baixos ou medios, onde é maior a carga de morbilidade e mortalidade asociada ao tabaco (OMS, 2017).

Tanto o tabaquismo activo como o pasivo causan, alomenos, 15 tipos de cancros, ademáis de enfermidades coronarias e cerebrovasculares, patoloxía obstétrica e neonatal e enfermidades pulmonares, sendo o principal factor responsable do cancro de pulmón, do que se estima que entre un 83% e un 90% dos casos é provocado polo tabaco (HHS, 2006; Parkin, 2011).

Consumo de tabaco en España

En 2006 a mortalidade que se lle atribúe ao Tabaco, en España, estimouse nun 14,7% da mortalidade total en individuos de 35 anos ou máis, es dicir, 53.155 mortes, o que supón que unhas 146 persoas morren ao día por esta causa en individuos deste grupo de idade (Banegas et al., 2006), e tamén se constata un mínimo de 1.228 mortes anuais só pola exposición ao fume ambiental de tabaco, polo que morrerían por esta causa entre 3 e 4 persoas ao día (Lopez et al., 2007).

En 2009, en España, o 28,2% do total de defuncións foi debido a enfermidades relacionadas co consumo de tabaco, cunha taxa de mortalidade axustada por idade de 143 mortes por 100.000 habitantes (Regidor et al., 2012).

I PARTE: FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

Na gráfica amósase a evolución da porcentaxe de poboación de 15 e máis anos que consume tabaco habitualmente segundo sexo, dende 1993 a 2014 e tamén reflicte a evolución no mesmo período no grupo de idade de 15 a 24 anos (figura 18).

O tabaquismo segue a ser a primeira causa evitable de morte en España e a súa evolución amosa que se produciu un continuo descenso na porcentaxe de homes que fuma. Ademais, dende 2003 invertese a tendencia ascendente que se viña producindo na porcentaxe de mulleres que fuma diariamente. A proporción de homes que fuma diariamente é sempre maior que a de mulleres, aínda que as diferenzas por sexo acurtáronse de maneira notable.

Analizando as cifras da ENSE/EESE, figura 19, vemos que dende 1993 a 2014 hai un descenso considerable na poboación de 16 e + anos no consumo habitual de tabaco, en 1993, as porcentaxes son dun 44,% nos homes e un 20,8% nas mulleres e, en 2014 estas cifras descenden ata 27,6% en homes e 18,6% en mulleres, facendo un total do 23%.

A tendencia ao descenso prodúcese en todos os grupos de idade, pero é especialmente marcada na xente nova. As mulleres do grupo de 15 a 24 anos pasaron de fumar el 21% en 2011 ao 15,5% en 2014, mentras que nos homes deste grupo descenderon tamén, (de 22,5% a 21,6%), pero só un punto porcentual (ENSE/EESE, 2014).

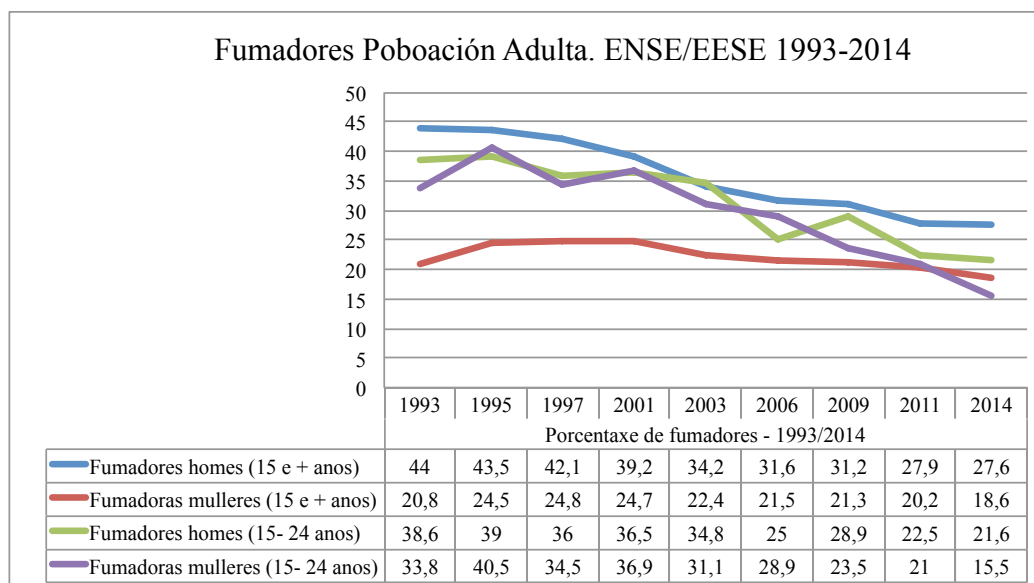


Figura 18. Gráfica na que se amosa a evolución da porcentaxe de Fumadores/as na poboación española de 15 e + anos e de 15 a 24 anos. Segundo o sexo, dende 1993 a 2014. Fonte: Encuesta Nacional de Salud en España (ENSE) e Enquisa Europea de Saúde en España (EESE), tirado de: https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/EncuestaEuropea/Tend_salud_30_indic.pdf

Consumo de tabaco en Galicia

Segundo os datos do estudo do *Sistema de Información de Condutas de Risco* (SICRI, 2015) da Consellería de Sanidade da Xunta de Galicia, que ten como obxectivo principal identificar a presenza na poboación galega diferentes factores de risco para a saúde, no referente ao consumo de Tabaco en adultos no ano 2015 a nivel global os fumadores, ver figura 19, foron un 21,75% (25,38% homes e 18,43% mulleres) e un 78,25% para os non fumadores (74,62% homes e 81,57% mulleres).

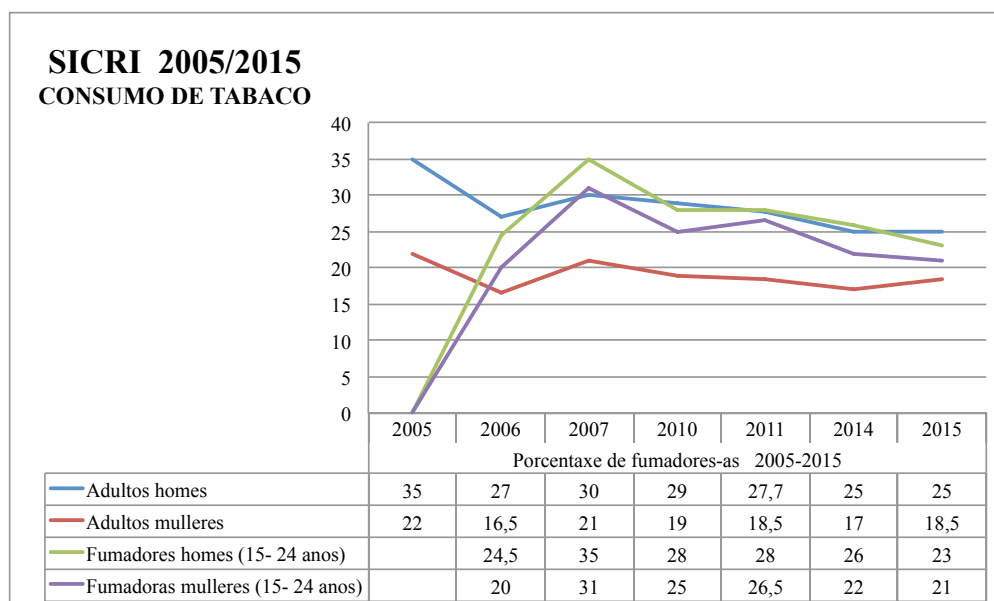


Figura 19. Gráfica na que se amosa a evolución da porcentaxe de Fumadores/as na poboación galega de adultos e do grupo de 15 a 24 anos. Segundo o sexo, de 2005 a 2015. Fonte: datos do Sistema de Información de Condutas de Risco (SICRI) da Consellería de Sanidade (Xunta de Galicia), tirado de: <https://www.sergas.es/Saude-publica/SICRI-O-SICRI-ano-a-ano>

No referente ao grupo de 16 a 24 anos os fumadores foron a nivel global un 22,12% (22,08% homes e 21,40% mulleres) e un 77,88% para os non fumadores (77,20% homes e 78,60% mulleres).

1.3.2. Intervención sobre os Estilos de Vida

A modificación de hábitos e estilos de vida ten grandes beneficios para a saúde, debido a que o sedentarismo, a dieta, o consumo de tabaco e o abuso do alcohol son as principais causas de morbilidade e mortalidade nos países industrializados (Mokdad et al., 2000), e tamén *American Academy of Family Physicians* (AAFP) demostrou que determinadas intervencións ou cambios no estilo de vida son eficaces para mellorar a saúde das persoas e baixar a carga de enfermidade (AAFP, 2004).

O grao de eficacia depende do tipo de cambio proposto no estilo de vida, sendo as estratexias cognitivo-conductuais as máis útiles na abordaxe destes cambios e que as intervencións máis intensivas e de maior duración, están asociadas cun maior beneficio nas

condutas saudables, sempre que sexa posible está recomendada a participación doutros profesionais como psicólogos, nutricionistas, médicos, etc. (Giguère, 2012).

As intervencións que intentan axudar ás persoas a adoptar (ou manter) un estilo de vida saudable comparten unha serie de principios comúns (Molías et al., 2009), como:

1. As persoas deben ter un papel proactivo no proceso do cambio.
2. Adquirir unha nova conduta é un proceso, non un feito puntual, que require unha aprendizaxe baseado en aproximacións sucesivas.
3. Os factores psicolóxicos, como crencias e valores, inflúen na conduta e a conduta inflúe nos valores e na experiencia das persoas.
4. As relacións e as normas sociais teñen unha influencia sustantiva e persistente.
5. A conduta depende do contexto no que ocorre; a xente inflúe e está influenciada polo seu entorno físico e social.
6. Canto máis beneficiosa ou gratificante é unha experiencia, máis posibilidades hai de que se repita; canto máis perxudicial ou displacentera, menos probable é que se repita.

1.3.2.1. Modelos e teorías de cambio de conduta

Para intentar explicar por qué as persoas se comportan dunha maneira determinada é importante coñecer os modelos e teorías do cambio de condutas en saúde, porque proporcionan algúns elementos claves para comprender os mecanismos e a maneira de intervir nos estilos de vida relacionados coa saúde. Estes modelos de comportamento humano, identifican factores personais, psicosociais e ambientais, poden ter un efecto moderador ou mediador nas intervencións ou programas de promoción da saúde, dirixidos á modificación de hábitos.

Hai diferentes modelos que serven de guía para a elaboración de programas e actividades de intervención sobre os estilos de vida, entre os que citamos:

I PARTE: FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

- A **teoría da aprendizaxe social** ou TAS: as persoas aprenden novas condutas a través do reforzo ou castigo, ou a través da aprendizaxe observacional dos factores sociais do seu entorno. Se as persoas ven consecuencias dexeables e positivas na conduta observada, é máis probable que a imiten, tomen como modelo e adopten.
- **Modelo de crencias de saúde:** Este modelo foi desenvolvido nos anos 50 e 60, do século pasado por Hochbaum e Rosentock (Hochbaum, 1958; Rosentock, 1974), e traballa os pros e contras do cambio, así como a percepción de susceptibilidade e severidade da enfermidade (Moreno e Gil, 2003).
- **Modelos de Comunicación / Procesamento da Información** Segundo os modelos de comunicación, a conduta ven influenciada pola capacidade da persoa de entender e reaccionar ás fontes de información ou comunicación (Glanz et al., 2008).
- **modelos de acercamento comunitario** se fundamentan no suposto de que o benestar colectivo pode favorecerse mediante a creación de estruturas e políticas que apoien as prácticas e estilos de vida saudables, e mediante a redución ou eliminación de ameazas e barreiras contra a saúde no entorno físico e social. Os modelos comunitarios manteñen un enfoque ecolóxico, que reconece a influencia de factores de múltiples niveis sobre a saúde, aberto a mesmo tempo á integración de estratexias baseadas nas correntes teóricas.

Ímonos centrar en describir o **Modelo dos Estadíos do Cambio**, dos investigadores Prochaska e DiClemente, dado que moitas investigacións e intervencións sobre o cambio de condutas están baseadas nel, (Zimmerman et al., 2000). Este modelo integra nunha soa teoría os principios de cambio do comportamento da maioría das outras teorías, por iso é tamén chamado o *Modelo Transteórico* porque xurde dunha análise comparativa das teorías máis representativas da psicoterapia e modificación de comportamentos. Prochaska en 1979 considerou que era un bo modelo para integrar as cerca de 300 teorías que existían sobre este tema.

Co gallo dun estudo sobre o abandono do tabaquismo, no que os participantes explicaban que ían evolucionando por fases, no ano 1983 Prochaska e DiClemente fixeron

a súa teoría de cambio de comportamentos a través de etapas. Pronto esta teoría pasou a aplicarse a estudos de ansiedade, desordes alimentarios e obesidade, alcoholismo e abuso doutras sustancias, sedentarismo e aspectos relacionados cos estilos de vida, etc.

Este modelo concibe o cambio de conduta como un proceso relacionado co progreso a través dunha serie estadios ou etapas (figura 20), cuxas características son as seguintes:

1. **Precontemplación:** é o estado no que o individuo non ten a intención de cambiar. Pode estar neste estado porque está desinformado, ten pouca información sobre as consecuencias da súa conduta, ou porque intentou cambiala varias veces e está desmoralizada porque non foi capaz. Tanto os desinformados como os que están pouco informados tenden a evitar ler, falar ou pensar na súa conduta de risco.
2. **Contemplación:** é o estado no que o individuo ten intención de cambiar nos próximos 6 meses. Está suficientemente advertido dos pros e os contras do cambio. Este balance entre custos e beneficios pode producir unha profunda ambivalencia que pode facer que a xente se manteña en este estado durante un longo período de tempo porque aínda non se ve con ánimo de cambio.
3. **Preparación:** é o estado no que o individuo ten a intención de cambiar no futuro próximo, xeralmente medido como o próximo mes. Eles xa fixeron algunha acción significativa durante o pasado ano como falar co médico, mercar un libro de autoaxuda, reducir o consumo de tabaco, cambiar a unha marca light, etc.
4. **Acción:** é o estado no que a xente xa fixo modificacións específicas no seu estilo de vida dende hai 6 meses.
5. **Mantemento:** é o estado no que a xente se esforza en previr as recaídas. Están menos tentados e teñen moita máis autoeficacia que a xente no estado de acción. O tempo estimado deste estado vai de seis meses a cinco anos.
6. **Recaída:** vólvese á conduta anterior e a etapas anteriores de precontemplación ou contemplación.

Nota: Antes de cambiar definitivamente, en moitas ocasións, as persoas intentan varias veces o cambio de conduta, recaendo e volvendo a intentar.

I PARTE: FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

As intervencións baseadas nos estádios do cambio propoñen actuacións diferentes segundo o estadio no que se atope a persoa e resultan máis complexas de aplicar para os profesionais. Este modelo ten limitacións para abordar comportamentos complexos ou para intervir sobre máis dunha conduta ao mesmo tempo. A entrevista motivacional é recomendada como un marco de traballo e non como unha técnica a aplicar en todos os individuos (Miller-Rollnick, 2002).

MODELO DOS ESTADÍOS DO CAMBIO	
Precontemplación	Non hai unha intención seria de cambiar de conduta
Contemplación	Hai un plantexamento serio de cambiar nos próximos 6 meses
Preparación	Hai a intención de cambio e plans de reducir os riscos
Acción	Inicio do cambio mantendo esta conduta por un tempo
Mantemento	O individuo mantén a nova conduta e esforzase en non recaer
Recaída	En moitas ocasións, os individuos recaen e volven á precontemplación e contemplación para intentalo outra vez, antes de cambiar definitivamente

Figura 20. Modelo dos Estádios do Cambio ou Modelo Transteórico de Prochaska e Diclemente.

A maioría das recomendacións internacionais propoñen que as intervencións de consello e asesoramento se baseen no **Modelo das 5 Aes** (figura 21) da U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF, 2012).

No referente aos profesionais que aconsellan cambios de conduta o *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE) recomenda que deben garantir que os usuarios teñan información clara sobre as intervencións de cambio de comportamento e servizos dispoñibles e cómo utilizalos, e tamén deben saber recoñecer os momentos na que persoa pode estar máis aberta ou máis resistente ao cambio (NICE, 2014).

Ao avaliar os diferentes riscos para a saúde nun individuo que se dispón a cambiar de conduta, recoméndase dar o apoio social e o acceso a recursos da súa comunidade intentando aumentar a motivación e a autoeficacia da persoa (Kottke et al., 2013).

MODELO das 5 A ^{es}	
AVERIGUAR (Assess)	Preguntar sobre os factores e as condutas de risco e os aspectos que afectan á elección ou o cambio da conduta.
ACONSELLAR (Advise)	Dar consellos claros, específicos e persoalizados, e engadindo información sobre os riscos/beneficios persoais.
ACORDAR (Agree)	Pactar colaborativamente os obxectivos e os métodos máis apropiados, baseados nos intereses e na capacidade para o cambio da persoa.
AXUDAR (Assist)	Usar técnicas de modificación da conduta (autoaxuda ou asesoramento) para axudar á persoa a conseguir os obxectivos pactados adquirindo as habilidades, a confianza e o apoio social/ambiental que favorece o cambio, xunto cos tratamentos farmacolóxicos cando sexan adecuados.
ASEGURAR (Arrange)	Fixar (asegurar) reunións de seguimento para axudar/apoiar e para axustar o plan se é necesario.

Figura 21. Modelo das 5 A^{es} para as intervencións de asesoramento da U.S. Preventive Services Task Force.

Débese facer un asesoramento persoalizado priorizando a conduta a cambiar segundo o risco, pero tamén segundo a disposición ao cambio da persoa. Establecer metas factibles a curto e medio prazo nunha toma de decisións compartida, asegurando visitas de seguimento regulares con feedback sobre o cambio de conduta polo menos durante 1 ano, con plans por se recae, buscando o apoio social necesario para establecer novas rutinas diarias acordes coa nova conduta saudable (Córdoba et al., 1999).

O profesional que interveña nos estilos de vida debe de ter unhas competencias necesarias que a continuación se relacionan (Lianov e Johnson, 2010):

- Liderado para practicar e promover estilos de vida saudables.

I PARTE: FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

- Saber identificar os determinantes de saúde da persoa relacionados co estilo de vida e demostrar coñecemento dos cambios necesarios.
- Valorar a motivación e a dispoñibilidade da persoa e a súa familia ao cambio e establecer plans de acción conxuntos.
- Utilizar as guías e recomendacións para axudar á persoas a automanexar a súa conduta de saúde e estilo de vida.
- Traballar cun equipo multidisciplinar para atender á persoa dende todas as fronteiras necesarias.

1.3.2.2. Estratexias de Intervención sobre os Estilos de Vida

As estratexias de intervención sobre os estilos de vida son accións dun desenvolvemento progresivo dirixidas a gañar saúde e a previr as enfermidades, lesións e discapacidades. É unha iniciativa que se desenvolve nun plan cuxo obxectivo xeral é fomentar a saúde e o benestar da poboación promovendo entornos e estilos de vida saudables e potenciando a seguridade fronte ás lesións.

Estas estratexias son unha demanda do noso entorno e unha recomendación reiterada por organismos internacionais como OMS e a Unión Europea. A sociedade dá un alto valor á saúde e demanda unha resposta conxunta, coordinada e integrada de intervencións efectivas e mantida no tempo (Estrategia SNS, 2014).

Estratexias de intervención coa Actividade Física

No referente á AF podemos intervir na poboación con dous tipos de estratexias:

- a. a nivel individual:** facendo un incremento da AF na vida das persoas de dúas maneiras (Marqués Molías, et al., 2009):
 - Aumentando o esforzo físico nas actividades da vida cotiá, chegando a acumular un mínimo de 30 minutos de AF de intensidade moderada/alta todos os días da semana mediante a actitude de incorporar á vida diaria hábitos como:

sair a pasear, ir bailar, subir escaleiras sempre que sexa posíbel, desprazarse andando ou en bicicleta dentro da cidade, etc.

- Outra posibilidade é realizar algún tipo de exercicio ou deporte de tipo aeróbico no tempo libre, ao menos 3 días non consecutivos á semana, cunha duración mínima de 40 a 60 minutos/día segundo o deporte, e cunha intensidade que leve a traballar nunha frecuencia cardíaca que oscile entre o 60 e o 85% da máxima teórica.

b. a nivel da comunidade: en 2008, a Asemblea Xeral da OMS aprobou a resolución 61.14 establece unha *Estratexia Global* e un *Plan de acción contra as enfermidades non contaxiosas*, na que salienta que a inactividade física é o 4º factor de risco de mortalidade, responsábel directo do 6% das mortes no mundo, e con influencia noutros factores. No *Plan de Acción* (WHO, 2010) avisa con urxencia aos estados membros de implementar e por en marcha recomendacións para a promoción da actividade física asociada á saúde para :

- Desenvolver e implementar guías nacionais de actividade física asociada á saúde.
- Introducir políticas activas e seguras de transporte para o acceso aos lugares de traballo e centros educativos (andando ou en bicicleta).
- Asegurar entornos saudables e seguros para a AF e crear espazos deportivos e recreacionais.

Ante a epidemia de obesidade e a importancia da actividade física, moitas institucións abordan este tema con recomendacións, normativas, estratexias e plans tanto a nivel internacional, nacional e locais para mellorar as condicións do entorno comunitario e así a poboación poida desenvolver comportamentos saudables:

Recomendacións mundiais sobre a actividade física para a Saúde (OMS, 2010):

Co fin de mellorar as funcións cardiorrespiratorias e musculares e a saúde ósea e de reducir o risco de ENT e depresión, as recomendacións da OMS para os adultos de 18 a 64 anos, tramo de idade da comunidade universitaria, son:

I PARTE: FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

1. Dedicar como mínimo 150 minutos semanais á práctica de actividade física aeróbica, de intensidade moderada, ou ben 75 minutos de actividade física aeróbica vigorosa cada semana, ou ben unha combinación equivalente de actividades moderadas e vigorosas.
2. A actividade aeróbica practicarase en sesións de 10 minutos de duración, como mínimo.
3. Para obter maiores beneficios para a saúde, que aumenten ata 300 minutos por semana a práctica de actividade física moderada aeróbica, ou ben ata 150 minutos semanais de actividade física intensa aeróbica, ou unha combinación equivalente de actividade moderada e vigorosa.
4. Dúas veces ou máis por semana, realicen actividades de fortalecemento dos grandes grupos musculares.

Directrices de actividade física da Unión Europea.

O grupo de traballo da Unión Europea *Deporte e Saúde* aprobou, en setembro de 2008, un documento que titulou *Directrices de actividade física da UE*, no que se centra en actuacións recomendadas para apoiar a actividade física que promova a saúde. Esta achega foi ratificada polos ministros dos Estados membros nunha xuntanza celebrada en Biarritz o 27 e 28 de novembro de 2008 (UE, 2008).

En España, a Constitución Española, no Artigo 43 reconece o dereito á protección da saúde, encomendando aos poderes públicos de organizar e tutelar a saúde pública a través de medidas preventivas e das prestacións e servizos necesarios (Constitución Española, 1978), mediante os seguintes puntos:

- **Artigo 43.1:** reconece o dereito de todos á protección da saúde.
- **Artigo 43.2:** compete aos poderes públicos organizar e tutelar a saúde pública a través de medidas preventivas e das prestacións e servizos necesarios. A lei establecerá os dereitos e deberes de todos ao respecto.

- **Artigo 43.3:** ordena aos poderes públicos, explicitamente, o fomento da educación sanitaria, a educación física e o deporte.

No ano 2005, o *Ministerio de Sanidad y Consumo*, do Goberno de España, establece a *Estrategia para la Nutrición, Actividad Física y prevención de la Obesidad* (NAOS, 2005). Esta estratexia ten como finalidade mellorar os hábitos alimentarios e impulsar a práctica regular da AF en todos os cidadáns, estimulandoa de forma regular na poboación infantil.

Recentemente, a finais do 2010, o *Consejo Superior de Deportes* (CSD) do Goberno de España, creou o *Plan Integral para la Actividad Física y el Deporte*, chamado **Plan A+D**, (CSD, 2010), foi un instrumento creado para garantir ao conxunto da poboación española o acceso universal á práctica deportiva de calidade, axudando desta maneira combatir o elevado nivel de sedentarismo e obesidade e a promover hábitos de vida activos e saudables. O devandito plan está enmarcado nunha estratexia máis decidida a implantar políticas que modifiquen o entorno e as relacións sociais e laborais para facilitar unha maior AF. Para isto, o plan conta cun deseño a medio e longo prazo, de 2010 a 2020 e traballa fundamentalmente sobre catro liñas:

1. A AF e a práctica deportiva asociada e relacionada coa saúde da poboación.
2. A práctica deportiva a súa relación coa educación.
3. Igualdade efectiva entre homes e mulleres.
4. Deporte como elemento de inclusión social e territorial.

Ademáis da *Constitución Española*, a *Estratexia NAOS* e o *Plan A+D* no marco xurídico están as seguintes leis:

- **Lei 10/1990 de 15 de outubro.** O obxectivo fundamental da nova lei é regular o marco xurídico en que debe desenvolverse a práctica deportiva no ámbito do Estado (Ley 10/1990).
- **Lei Orgánica 3/2013 de 20 de xuño.** Protección da saúde do deportista e loita contra a dopaxe na actividade deportiva (Lei Orgánica 3/2013).

I PARTE: FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

En Galicia, desenvolvéronse un programa encamiñado a actividades saudables e un plan para o fomentar a actividade física, que a continuación describimos:

- **Programa PASEA** (Programa Galego de Actividades Saudables, Exercicio e Alimentación). Este programa deseñouse na mesma dirección que a estratexia NAOS, e está enmarcado no Plan de saúde 2006/09 da Consellería de Sanidade da Xunta de Galicia (PASEA, 2006).
- **Galicia Saudable**. O Plan Galego para o fomento da actividade física *Galicia Saudable* é unha iniciativa do goberno autonómico que se articula e impulsa a través da Secretaría Xeral para o Deporte e a Fundación Deporte Galego, como oficina técnica do Plan. Ten como obxectivo principal promover de 2011 a 2015 o hábito da práctica regular de actividade física principalmente na infancia, no ámbito educativo e familiar. Este Plan nace para facer fronte a un dos grandes desafíos da saúde pública de comezos do século XXI: o aumento das mortes, enfermidades e discapacidades provocadas polo sedentarismo e a práctica insuficiente de actividade física en Galicia. O Plan Galicia Saudable ten como obxectivo prioritario crear as condicións para que a poboación galega goce dunha vida máis activa, que permita conservar a saúde e a autonomía persoal, gozar de maior benestar e calidade de vida, e previr e reducir a presenza de enfermidades relacionadas co sedentarismo, dende a infancia ata a vellez (Galicia Saudable, 2011).

Actividade Física na Universidade

Na comunidade universitaria dáse un entorno ideal para á promoción da AF, e sabendo das evidentes vantaxes de estar fisicamente activo a práctica de exercicio físico-deportiva non é tan frecuente entre os estudantes universitarios.

Diferentes estudos realizados mostran esta tendencia e alertan do sedentarismo dos estudantes universitarios debido a que están entre seis e diez horas ao día sentados e realizan exercicio de modo ocasional (Reig et al., 2001; Villar, 2001; Romaguera, et al., 2011).

A Universidade leva poucos anos nun proceso de cambio debido a que se integrou no Espazo Europeo de Educación Superior (EEES), este espazo anima ao estudantado

universitario a incrementar a práctica deportiva recoñecéndolle con ata 6 créditos ECTS (anexos 6, 7 e 8), así desta maneira, o estudante poderá configurar o seu currículo con actividades físico-deportivas, entre outras. Este recoñecemento de créditos ECTS está no artigo 46.2 da Lei de Ordenación Universitaria (LOU).

Isto significa tamén un recoñecemento, dende a propia lei, do valor formativo da actividade físico-deportiva, implicando unha maior importancia destes programas nos servizos ou áreas de deportes de cada universidade, para ter unha actuación académica recoñecida (CSD, 2010).

A LOU tamén recoñece en dous artigos máis o 90 e o 91, a importancia do deporte na Universidade. Segundo o *Consejo Superior de Deportes* (CSD), dende o punto de vista do fomento da práctica da actividade física e deportiva da poboación española, a práctica deportiva na Universidade é fundamental por dos motivos (CSD, 2010):

1. A Universidade é a última etapa educativa dos estudantes, e pode representar un último intento para conseguir mellorar a súa futura calidade de vida e axudar a previr a obesidade e o sedentarismo.
2. Coa práctica da actividade físico-deportiva o estudantado ten a oportunidade de adquirir e reforzar aspectos importantes da súa formación integral, en diferentes habilidades, competencias, destrezas, actitudes e valores (liderado, traballo en equipo, comunicación, valor da planificación e da constancia, a resolución de problemas baixo presión, a capacidade de análise e autocrítica, o valor do esforzo, a autosuperación, o respecto ás normas e ao contrario, a valoración da saúde e a calidade de vida) que serán útiles e necesarios para o seu futuro profesional e para a súa vida.

Estratexias de intervención coa Dieta

Para conseguir que os obxectivos nutricionais cheguen á poboación e sexan efectivos, débense desenvolver e implementar programas de promoción da saúde e guías alimentarias, que expresen en alimentos, os nutrientes e o valor enerxético recomendado, así como as cantidades orientativas e recomendacións sobre a frecuencia de consumo de racións estándar dos alimentos.

a. Guías alimentarias

A *Sociedad Española de Nutrición Comunitaria* (SENC) ven actualizando guías alimentarias, tendo como base a evidencia científica, para desta maneira divulgar distintos materiais de apoio para favorecer e suxerir a adopción de padróns alimentarios e de estilos de vida máis saudables na nosa poboación (SENC, 2015). Nas guías da SENC, teñen en conta os problemas de saúde máis frecuentes cun enfoque de saúde pública, os hábitos alimentarios máis prevalentes, así como a práctica de AF e sedentarismo, o actual contexto socioeconómico e factores culturais máis relevantes da poboación española.

Na figura 22, vemos a pirámide alimentaria da SENC sobre unha alimentación saudable, onde se indica cómo alimentarse, na base está o máis recomendable para a saúde e ascendendo ata a punta o menos recomendable.

Na base, amosa os alimentos que deben ser inxeridos diariamente como son os derivados dos cereais e patacas, segundo o grao de AF, no seguinte estadio veñen as verduras, hortalizas, froitas (cunha frecuencia de 2-3 ao día) e aceite de olive, despois veñen o leite e derivados lácteos (2-3 veces/día). Outros alimentos, como legumes, froitos secos, peixe, ovos e carnes magras, débense tomar varias veces á semana, pero non diariamente. Por último e no cumio da pirámide, podemos observar os alimentos que se aconsella moderar o seu consumo como: carnes graxas, embutidos, pastelería, bolaría,

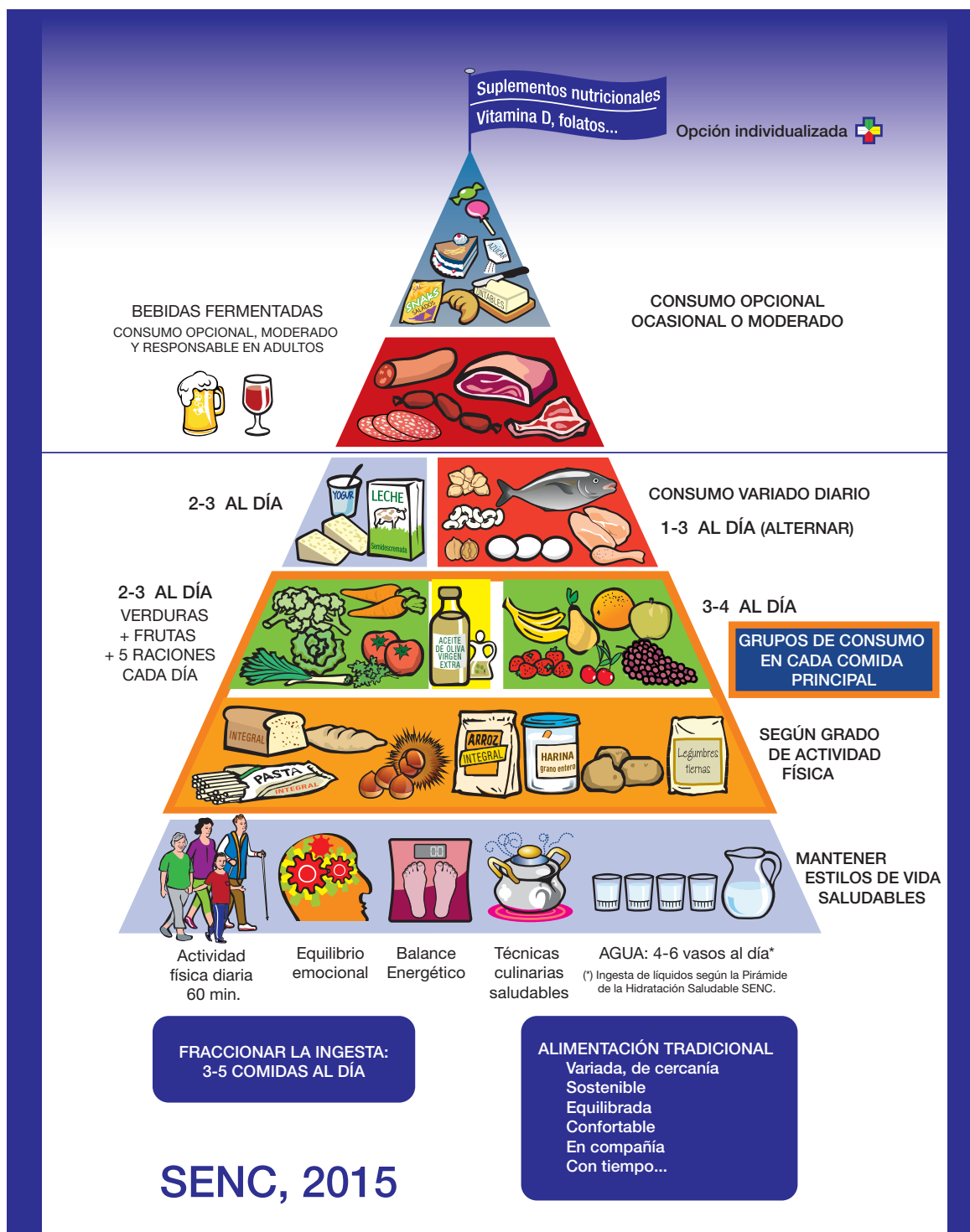


Figura 22. Pirámide da Alimentación Saudable da SENC - 2015.

Fonte: tirado da Sociedade Española de Nutrición Comunitaria (SENC).

<http://www.nutricioncomunitaria.org/es/noticia/piramide-de-la-alimentacion-saludable-senc-2015>

I PARTE: FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

lambetadas, azúcreos, bebidas refrescantes e bebidas fermentadas).

A SENC tamén recomenda realizar 60 minutos de actividade física/día, ter equilibrio emocional, facer técnicas culinarias saudables, inxerir como mínimo dos litros de auga diarios e a realización de, que a inxesta estea fraccionada en 3-5 comidas ao día e que se sustente en alimentación tradicional (variada, de cercanía, sostible, equilibrada, comfortable, en compañía, con tempo ...).

Para finalizar podemos dicir que as principais recomendacións incluídas nas guías alimentarias aconsellan manter o peso adecuado, moderar o consumo de graxas e de carnes vermellas (particularmente a de vacún e sobre todo as carnes procesadas), aumentar o consumo de cereais, preferentemente integrais, e aumentar o consumo de froitas, verduras peixe, consumir lácteos, total ou parcialmente desnatados e moderar o consumo de alcohol e sal, e ser activo fisicamente.

b. Normativas, estratexias e plans

A alimentación saudable, é un elemento clave na prevención das enfermidades crónicas (cardiovasculares e algúns tipos de cancro, como o colorectal) e está rexistrada en numerosas normativas, estratexias e plans internacionais e nacionais como:

- **Estratexia mundial sobre réxime alimentario, actividade física e saúde.** A OMS e a FAO (Organización das Nacións Unidas para a Alimentación e a Agricultura), lanzaron unha iniciativa global para a maior produción e consumo de froitas e verduras (OMS, 2004).
- **Regulamento (CE) n.º 1924/2006 do parlamento europeo e do consello de 20 de decembro.** De aplicación directa en España e relativo ás declaracións nutricionais e propiedades saudables nos alimentos. (CE nº 1924/2006).
- **Regulamento (CE) n.º 1169/2011 do parlamento europeo e do consello de 25 de outubro de 2011.** Dá información alimentaria facilitada ao consumidor con aplicación directa en España (CE nº 1169/2011).
- **Estratexia NAOS** Estratexia para a Nutrición, Actividade Física e Prevención da Obesidade. *Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición. Ministerio de Sanidad y Consumo*, febreiro de 2005 (NAOS, 2005).

- **Lei 17/2011, de 5 de xullo, de Seguridade Alimentaria e Nutrición.** Lei que regula a materia de nutrición como ámbito de actuación da AESAN, para loitar contra a obesidade. Legalmente respalda á Estratexia NAOS, recollidos nos capítulos VII e VIII, artigos 38 ao 46 (Lei 17/2011).
- **Observatorio da Nutrición e de Estudo da Obesidade.** Consejo de Ministros, 18 xaneiro de 2013, no marco da Estratexia NAOS.
- **Programa PASEA** En Galicia deseñouse na mesma dirección de NAOS, o Programa Galego de Actividades Saudables, Exercicio e Alimentación, enmarcado no Plan de saúde 2006/09 da Consellería de Sanidade da Xunta de Galicia (PASEA, 2006).

Estratexias de intervención co Alcohol.

As estratexias están dirixidas á poboación para que baixe o consumo per cápita de alcohol, e estas medidas serían:

- a. **Medidas de protección da saúde:** comprende as estratexias que os gobernos e as autoridades sanitarias, xunto coa industria, teñen que executar para reducir o consumo per cápita, establecendo barreiras que reduzan a dispoñibilidade do alcohol.
- b. **Medidas destinadas á promoción da saúde:** estratexias que favorezan a adopción de estilos de vida saudables nos individuos e na poboación.

Estas dúas medidas son complementarias e refórzanse entre elas e está comprobado que as medidas máis eficaces son as que controlan o prezo e a dispoñibilidade de bebidas alcohólicas, dado que un aumento do prezo, unha restricción dos días, horarios e o número de establecementos de venda das mesmas, consegue una redución das consecuencias do consumo excesivo de alcohol (Piedrola, 2008).

Tamén salienta que un aumento da idade legal para poder tomar bebidas alcohólicas consegue reducir o consumo de alcohol e a taxa de accidentes de tráfico na mocidade (Room et al., 2005).

I PARTE: FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

Un estilo de vida saudable, no referente ao consumo de alcohol, é un elemento clave na prevención das enfermidades xunto coas numerosas normativas, estratexias e plans nacionais e internacionais que a continuación se relacionan:

Lexislación Mundial:

- Estratexia mundial para reducir o uso nocivo do alcohol (OMS, 2010).
- O *Informe Mundial de Saúde 2002* (WHO, 2002) no que estimou que o 4% da carga global da enfermidade era atribuíble ao alcohol. A partir deste informe a Asemblea da OMS fixo varias resolucións, nas que solicitaba os Estados Membros que prestaran atención á prevención dos danos relacionados co alcohol e as estratexias para reducir as consecuencias adversas sociais, mentais e físicas do consumo perxudicial de alcohol. La 58a Asamblea de la OMS consideró el informe y aprobó la resolución WHA58.26 sobre los problemas de salud pública ocasionados por el consumo perjudicial de alcohol (OMS, 2005). As resolucións, baseanse na elaboración de informes sobre as estratexias y las intervenciones basadas en probas científicas para reducir os danos relacionados co alcohol, coa inclusión dunha avaliación global dos problemas de saúde pública ocasionados polo consumo perxudicial de alcohol.

Lexislación da Unión Europea:

As iniciativas e os progresos realizados pola Unión Europea (UE), cos seus 25 Estados Membros, xeraron consecuencias significativas para o desenvolvemento de políticas de saúde pública na rexión nos últimos anos como asociarse á:

- *Conferencia Ministerial da OMS sobre os mozos e o Alcohol*, no ano 2001.
- *Recomendación do Consello 2001/458/CE* sobre o consumo nos mozos.
- *Resolución do Consello 2001/C175/01* sobre a estratexia comunitaria para reducir os danos relacionados co alcohol.
- *Programa de Salud Pública sobre Alcohol*.

Todo isto, demostra amplamente o papel activo e cada vez máis relevante da Unión Europea na prevención e redución dos danos relacionados co alcohol en Europa.

Recentemente estableceuse unha cooperación máis estreita e intensiva entre a Comisión Europea e a Oficina Rexional da OMS, co obxectivo de coordinar, desenvolver e garantir as sinerxias entre as iniciativas existentes co fin de reforzar a política de saúde pública sobre o alcohol na Rexión Europea.

Lexislación Nacional:

- **Real Decreto 1100/1978**, de 21 de maio, regula a publicidade do tabaco e bebidas alcohólicas nos medios de difusión do Estado Español, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (RD 1100/1978).
- **Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016** (MSSSI, 2009).
- **Estratexia de Seguridade Vial 2011-2020** (DGT, 2011).
- **Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud** (MSSSI, 2012).

Lexislación Autonómica - Galicia:

- **Lei 2/1996**, de 8 maio, Regulación sobre drogas (Lei 2/1996).
- **Lei 11/2010**, de 17 de decembro, de prevención do consumo de bebidas alcohólicas en menores de idade (Lei 11/2010).

Estratexias de intervención co Tabaco

Fumar é ao mesmo tempo unha adicción física e psicolóxica, unha conduta aprendida e unha dependencia social. Deixar de fumar, supón, polo tanto, superar a adicción, desprenderse dunha conduta e modificar a influencia do entorno (Royal College of Physicians, 2000).

No mantemento do hábito tabáquico, a adicción desempeña un papel primordial, pero debemos ter en conta que os individuos non empezan a fumar porque sexan adictos á

I PARTE: FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

nicotina, por iso, topámonos con dous problemas, un é a gran accesibilidade ao Tabaco que existe e outro é a intensa publicidade á que está sometido. Todo isto é debido a que as industrias do tabaco que son un dos grupos de presión máis poderosos do mundo, durante anos, fixeron un gran investimento en publicidade cara o mantemento e á captación de novos fumadores en grupos de poboación vulnerables (nenos e adolescentes). Nestas campañas de publicidade dan mensaxes de que fumar é glamuroso, excitante, maduro, unha declaración de independencia e de reafirmación da personalidade e, en definitiva, una forma desexable de comportamento. Agora ben, as case 5 millóns de mortes que se producen no mundo anualmente debidas ao tabaco non se mencionan nesas campañas, e tampouco a composición dos cigarros, acolléndose ao “segredo empresarial”. Ademais a industria do tabaco financia unha decisiva e continuada presión para cuestionar, negar e manipular as evidencias científicas acumuladas nas últimas décadas sobre os efectos do consumo de tabaco sobre a saúde, as características aditivas da nicotina e os efectos da exposición ao fume do Tabaco (Piedrola, 2008).

Por iso, para Piédrola, ver figura 23, os eixes principais para unha boa estratexia de prevención e control do tabaquismo, serían impedir o inicio ao consumo e fomentar e facilitar o abandono do tabaco, artellando intervencións e medidas eficaces para abordalo integralmente.

Eixes principais en torno aos que hai que artellar as intervencións	<ol style="list-style-type: none"> 1. Impedir a iniciación ao consumo. 2. Fomentar e facilitar o abandono do consumo.
Para a abordaxe integral do Tabaco, hai que ter en conta:	<ul style="list-style-type: none"> • Un bon coñecemento técnico do problema e unha concreción técnica para o desenvolvemento das medidas e intervencións. • Apoio político e institucional, sensible ao problema e consciente da súa gravidade. • Marco legal adecuado. • Dotación de recursos. • Prevención e dotación presupuestaria para seguimento, avaliación e mellora. • Participación social. • Integración e coordinación adecuadas de todas as instancias implicadas no deseño, execución, seguimento avaliación do programa.
Exemplos de eficacia e efectividade demostrada	<ul style="list-style-type: none"> • Aumento do prezo dos produtos de tabaco (políticas fiscais que incidan sobre o incremento das taxas sobre os produtos de tabaco). • Prohibición da publicidade (directa e indirecta) e calquera outra forma de promoción ou patrocinio. • Prohibición do consumo de tabaco en centros educativos, de traballo, lugares de lecer, etc. • Campañas informativas e de sensibilización dirixidas á poboación (a través dos medios de comunicación).

Figura 23. Estratexia de prevención e control do tabaquismo. Fonte: Modificado de Piedrola (2008). Medicina preventiva y salud pública. Barcelona, España: Elsevier.

Medidas para facer fronte ao consumo de tabaco

A nivel mundial, en 2008, a OMS adoptou un plan cun conxunto de medidas co fin de facer fronte á epidemia de tabaquismo e reducir o número de vítimas mortais. Este Plan foi chamado MPOWER e cada unha das medidas corresponde polo menos a unha disposición do Convenio Marco da OMS para o Control do Tabaco (OMS, 2008), estas seis medidas son:

I PARTE: FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

1. **Monitor:** vixiar o consumo de tabaco e as políticas de prevención.
2. **Protect:** protexer á poboación do fume de tabaco.
3. **Offer:** ofrecer axuda para o abandono do tabaco.
4. **Warn:** advertir dos perigos do tabaco.
5. **Enforce:** facer cumprir as prohibicións sobre publicidade, promoción e padroado do tabaco.
6. **Raise:** aumentar as taxas ao tabaco.

No marco europeo aprobáronse 2 directivas:

- **Directiva 2001/37/CE do Parlamento Europeo e do Consello de 5 de xuño de 2001.** Sobre fabricación, presentación e venda dos produtos do Tabaco (Directiva 2001/37/CE).
- **Directiva 2003/33/CE do Parlamento Europeo e do Consello de de 26 de maio de 2003.** Sobre publicidade, promoción e patrocinio dos produtos do Tabaco (Directiva 2003/33/CE).

A regulación en España baséase na **Lei 28/2005, de 26 de decembro** que ten por obxecto:

- Establecer, con carácter básico, as limitacións (sempre que se trate de operacións polo miúdo), na venda, subministración e consumo dos produtos do tabaco, así como regular a publicidade, a promoción e o patrocinio dos devanditos produtos, para protexer a saúde da poboación.
- Promover os mecanismos necesarios para a prevención e control do tabaquismo.

Esta Lei (Ley 28/2005) establece medidas sanitarias fronte ao tabaquismo:

- Regula a súa venda e subministración: só permitido en estancos e locais onde se poida fumar, pero só a través de máquinas expendedoras automáticas

dotadas cun mecanismo que asegure que non poidan acceder a elas os menores.

- Prohíbe a venda en centros e dependencias da Administración Pública.
- Regula e delimita os espazos nos que se poden habilitar zonas de fumadores e zonas nas que se prohíbe fumar.
- Publicidade e patrocinio, etc.

Os datos de prevalencia de fumadores actuais e diarios, amosan que houbo unha diminución importante na prevalencia do consumo de tabaco grazas a regulación da Lei pero con posterioridade orixinouse unha estabilización da prevalencia.

Isto indicaba a necesidade de integrar outro tipo de medidas (asistenciais, de atención ao fumador, informativas e de concienciación, formativas e fiscais, entre outras) que permitira combater o consumo de tabaco de maneira eficaz e prolongada no tempo.

Esta Lei foi modificada significativamente en 2010, coa **Lei 42/2010, de 30 de decembro** (Ley 42/2010), co obxectivo de avanzar na protección da saúde e na desnormalización do consumo de tabaco, na que se prohíbe fumar en todos os espazos pechados públicos e de uso colectivo, entre outras medidas.

Suliñar que no **Artigo 7-apartado d**, prohíbe fumar en “Centros docentes e formativos, agás nos espazos ao aire libre dos centros universitarios e dos exclusivamente adicados á formación de adultos, sempre que non sexan accesos inmediatos aos edificios ou beirarrúas circundantes”.

A regulación dos produtos que se recollen no **Real Decreto 1079/2002, de 18 de outubro** tamén foi modificado en 2010 para engadir a obrigatoriedade das advertencias combinadas con imaxes.

Segundo o informe feito en 2013, polo *Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad* (Informe MSSSI, 2013) sobre a avaliación do impacto sobre a saúde pública da Lei 42/2010 para as *Cortes Generales* do goberno de España, comenta que os avances

I PARTE: FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

acados despois dos dous primeiros anos de implantación da Lei foron positivos porque nos amosa que:

- A prevalencia de fumadores diarios reducíuse do 26,2% de 2009 ao 24% de 2011
- A proporción de abandono (exfumadores/fumadores+exfumadores) en 2011 é de 42,1%, superior a la del año 2009.
- Un 33,1% dos fumadores diarios consideran que fuman menos respecto a hai 2 anos; un 35% ten intención de deixar de fumar nos próximos 1-6 meses, e un 30% intentou deixar de fumar.
- A aceptación social amosa unha boa aceptación xeral da *Lei 42/2010*. A media foi dun **7,62** (escala: de 1 a 10).

Estudos científicos comentan que foron positivos os avances conseguidos despois dos dous primeiros anos de implantación da Lei porque houbo unha diminución da morbilidade no infarto agudo de miocardio e cardiopatía isquémica (Agüero, et al., 2013) e no referente á exposición do fume ambiental do tabaco (FAT), a concentración de PM2 no interior dos locais de hostelería diminuíu un 90,88% (Cordoba, et al., 2013).

Para finalizar dicir que España ten actualmente unha das regulacións máis avanzadas en prevención e control do tabaquismo, en particular nos entornos libres de fume.

CAPÍTULO 2

PREVENCIÓN DA ENFERMIDADE E PROMOCIÓN DA SAÚDE

A prevención da enfermidade e a promoción da saúde son todos aqueles procedementos, accións e intervencións integrais, orientados a que a poboación, mellore as súas condicións para vivir e disfrutar dunha vida saudable para manterse sans (Cardona, et al., 2012).

A **prevención** refírese ao control das enfermidades poñendo énfase nos factores de risco e poboacións de risco, para evitar as doenzas aparezan, se desenvolvan, se reproduzan ou se fagan crónicas, en cambio a **promoción da saúde** vai dirixida á saúde e pon o acento nos determinantes da saúde e nos determinantes sociais da mesma, creando condicións para que se desenvolva, se amplíe ou se consolide e non só para evitar a enfermidade. (Vignolo et al., 2011; González-Alfaya, 2008).

Polo tanto, podemos dicir que cando se fai referencia a prevención centrámola na enfermidade e cando falamos de promoción centrámola na saúde.

A prevención é unha actividade distinta á promoción da saúde sendo a súa principal diferenza a que radica no seu enfoque, dado que a promoción traballa coa poboación sa e a prevención coa poboación enferma ou en risco de enfermarse (OMS, 1998).

2.1. Prevención da enfermidade

A OMS define á Prevención como “as medidas destinadas no soamente a previr a aparición da enfermidade, tales como a redución de factores de risco, senón tamén a deter o seu avance e atenuar as súas consecuencias unha vez establecida” (OMS, 1998).

As accións preventivas, que normalmente veñen do sector sanitario, consideran que os individuos e poboacións están expostos a factores de risco identificables adoitando estar asociados a diferentes comportamentos de risco. Coa aplicación da prevención permítese a neutralización dos factores de risco de contraer unha enfermidade utilizando estratexias de control viables e eficaces. Desta maneira anticipase a aparición do efecto que pode perxudicar a saúde da poboación (Bennasar, 2012).

I PARTE: FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

La OMS define 3 niveles de prevención pero que xunto coa prevención cuaternaria, que é un concepto novo que fai fincapé en ser críticos co noso traballo, ser eficientes e evitar as consecuencias das intervencións innecesarias ou excesivas do sistema sanitario (figura 24).

A continuación describimos os niveis de prevención:

1. **Prevención Primaria:** intenta evitar o inicio ou a incidencia da enfermidade, e vai dirixida á poboación en xeral. Céntrase en disminuir os factores de risco e en aumentar os factores de protección. Son políticas destinadas a promover a saúde mediante cambios sociais e ambientais. Actividades: campañas contra o consumo de alcohol e tabaco, promoción da actividade física, etc.
2. **Prevención Secundaria:** intenta evitar a progresión da enfermidade. Consiste en detectar precozmente a enfermidade para impedir o retardar o seu desenvolvemento e facilitar cambios de condutas ou aplicar tratamento. Non pode reducir a incidencia da enfermidade, xa que está iniciada, pero si pódese reducir a súa prevalencia. Cando a prevención primaria non existiu ou fracasou e cando actúa a prevención secundaria. O seu obxectivo é reducir a morbilidad. Actividades: programas de cribado ou detección precoz (autoexploracións de mama, citoloxía vaginal, exames de saúde, etc.
3. **Prevención Terciaria:** son as accións que están dirixidas ao tratamento e rehabilitación dunha doenza que xa estaba establecida. Preven as discapacidades nos doentes que presentan unha doenza en fase sintomática, diminuindo as secuelas e consecuencias das doenzas. Actividades: Educación sanitaria a enfermos crónicos, Rehabilitación, etc.
4. **Prevención Cuaternaria:** é un concepto máis recente que implica previr o exceso de prevención, e defínese como o conxunto de actividades que atenúan ou evitan as consecuencias das intervencións innecesarias ou excesivas do sistema sanitario. Aínda que todas as actuacións clínicas buscan un beneficio, ningunha está exenta de riscos. Así, probas diagnósticas, actividades preventivas, medicamentos prescritos ou métodos rehabilitadores poden desencadear moitas accións que xeran círculos viciosos provocando un dano (Camacho et al., 2012). As súas actividades están encamiñadas a evitar accións como o uso indiscriminado de antibióticos, probas

complementarias innecesarias, sobrediagnóstico e sobretratamento dalgunhas enfermidades, etc.

PREVENCIÓN	OBXECTIVOS	ACTIVIDADES
Primaria	<ul style="list-style-type: none"> • Evita o inicio ou a incidencia da enfermidade. • Dirixida á poboación en xeral. • Disminúe os factores de risco e en aumentar os factores de protección. • Políticas destinadas a promover a saúde mediante cambios sociais e ambientais. 	<ul style="list-style-type: none"> • Campañas contra o consumo de alcohol e tabaco. • Promoción da actividade física, etc.
Secundaria	<ul style="list-style-type: none"> • Intenta evitar a progresión da lesión ou enfermidade. • Detecta precozmente a enfermidade para impedir o retardar o seu desenvolvemento e facilitar cambios de condutas ou aplicar tratamento. • Non reduce a incidencia pero si pode reducir a súa prevalencia. • Reducir a morbimortalidade. 	<ul style="list-style-type: none"> • Programas de cribado. • Detección precoz. • Citoloxía vaxinal. • Autoexploracións de mama. • Exámes de saúde, etc.
Terciaria	<ul style="list-style-type: none"> • Accións que están dirixidas ao tratamento e rehabilitación dunha doenza que xa estaba establecida. • Preven as discapacidades nos doentes que presentan unha doenza en fase sintomática, diminuindo as secuelas e consecuencias das doenzas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Educación sanitaria. • Rehabilitación, etc.
Cuaternaria	<ul style="list-style-type: none"> • Conxunto de actividades que atenúan ou evitan as consecuencias das intervencións innecesarias ou excesivas do sistema sanitario. 	Evitar: <ul style="list-style-type: none"> • Probas médicas innecesarias. • Uso de antibióticos indiscriminado. • Sobrediagnóstico. • Sobretratamento, etc.

Figura 24. Niveis de Prevención da Enfermidade.

2.2. Promoción da Saúde

A promoción da saúde constitúe un proceso político e social global que abrangue non soamente as accións dirixidas directamente a fortalecer as habilidades e capacidades dos individuos, senón tamén as dirixidas a modificar as condicións sociais, ambientais e

I PARTE: FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

económicas, co fin de mitigar o seu impacto na saúde pública e individual. A promoción da saúde é o proceso que permite ás persoas incrementar o seu control sobre os determinantes da saúde e en consecuencia, melloral (OMS, 1998).

A promoción comeza con xente basicamente sá e busca promover medidas individuais ou comunitarias que axuden a desenvolver estilos de vida máis saudables. Un dos feitos máis importantes en relación coa promoción da saúde foi cando o 21 de novembro de 1986, en Ottawa (Canadá), a OMS, o Ministerio de saúde e Benestar Social de Canadá e a Asociación Canadiana de Saúde Pública organizaron a *I Conferencia Internacional de Promoción da Saúde* na que se reuniron 212 delegados de 38 países, e onde se coordinaron esforzos para definir claramente os obxectivos futuros. Froito desta conferencia a OMS elaborou un documento chamado a *Carta de Ottawa* (OMS, 1986) onde presenta os enfoques, estratexias e proposicións para avanzar de forma significativa no progreso da promoción da saúde. Nesta Conferencia para a mellora da saúde recoñécense tres prerequisites:

1. **Abogar** pola saúde coa finalidade de crear as condicións sanitarias e accións de promoción da saúde.
2. Asegurar recursos e oportunidades iguais que **capaciten** a todo o mundo para alcanzar o máximo potencial de saúde.
3. **Mediar** a favor da saúde entre os distintos intereses atopados na sociedade.

As estratexias e programas de promoción da saúde deben adaptarse ás necesidades e posibilidades locais de cada país e rexión, co fin de ter en conta os diferentes sistemas sociais, culturais e económicos.

Estos prerequisites apoiáanse en cinco áreas de acción prioritarias, contemplados na Carta de Ottawa:

1. **Elaborar unha política pública saudable.** A acción coordinada de políticas sociais, de economía e de saúde que fomenten una maior equidade.

2. **Crear entornos de apoio.** Os medios ambientes físicos e sociais influen na saúde. Toda estratexia de promoción de saúde debe orientarse á protección dos ambientes naturais e construídos e a conservación dos recursos naturais.
3. **Fortalecer a acción comunitaria.** A promoción da saúde funciona mediante accións comunitarias concretas e efectivas para establecer prioridades, tomar decisións, planificar estratexias e aportar medios para lograr unha saúde mellor.
4. **Desenvolver as habilidades personais.** Mediante a aprendizaxe, o desenvolvemento de aptitudes e condutas na poboación, tamén se pode realizar promoción da salud. Estas actividades pódense realizar mediante os centros educativos, profesionais, comerciais e de voluntariado, e tamén dentro das propias institucións.
5. **Reorientar os servizos sanitarios.** O papel do sector sanitario debe orientarse cada vez máis cara a unha promoción da salud, en vez de prestar servizos clínicos e curativos. Máis prevención e promoción en lugar da atención curativa, véndose isto reflectido nos presupostos, o persoal e noutros indicadores.

Na *VII Conferencia Internacional sobre Promoción da Saúde de Nairobi* (Kenia), celebrada en 2009, reafirmáronse os valores, principios e estratexias de acción de promoción da saúde que están na *Carta de Ottawa* destacando que todas as accións e investimentos na promoción da saúde demostraron a súa eficacia e rendabilidade.

Na *IX Conferencia Internacional sobre Promoción da Saúde de Shanghai* (China), celebrada en novembro de 2016 (CIPS Shanghai 2016), reafirmaron a importancia da promoción da saúde para mellorar a saúde e a equidade sanitaria nun momento histórico no que se cumpre o trixésimo aniversario da aprobación da Carta de Ottawa e o primeiro ano da aplicación dos Obxectivos de Desenvolvemento Sostible (ODS). Foron invitados 750 participantes de varios niveis das administracións dos Estados Membros, organismos do sistema das Nacións Unidas e organizacións internacionais, a sociedade civil, e fundacións e institucións financeiras internacionais.

Os obxectivos da conferencia foron:

I PARTE: FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

1. Concienciar sobre a importancia da promoción da saúde e a aplicación da **Axenda 2030** para el Desenvolvemento Sostible e o logro dos seus ODS.
2. Insistir na necesidade de incorporar os ODS á promoción da saúde. Explicar de qué forma a promoción da saúde pode axilizar o logro dalgúns ODS.
3. Nesta conferencia proporcionarán aos Estados Membros instrucións e orientación para a aplicación práctica dos conceptos, os enfoques e os mecanismos de promoción da saúde baseados en datos científicos a fin de alcanzar os ODS.

2.2.1. Educación para a saúde

Este concepto está fortemente vinculado ao de promoción da saúde, no que se considera a educación como un medio para conseguila. A práctica totalidade de definicións de educación para a saúde fan referencia á modificación de coñecementos e comportamentos dos individuos integrantes da comunidade cara uns estilos de vida saudables (Benasar, 2012).

A educación para a saúde supón a comunicación de información e desenvolvemento de habilidades persoais que demostran a viabilidade política e as posibilidades organizativas de diversas maneiras de actuación dirixidas a lograr cambios sociais, económicos e ambientais que favorezan a saúde (OMS, 1998).

A definición proposta por Sommers en 1989, é a máis completa na que define a educación para a saúde como “un proceso que informa, motiva e axuda á poboación a adoptar, manter prácticas e estilos de vida saudables, defende cambios ambientais necesarios para facilitar a consecución destes obxectivos e dirixe a formación dos profesionais e a investigación nesta dirección” (Sanchez-Gomez et al., 2008).

Calquer proceso de educación para a saúde debe integrar os seguintes aspectos:

- Cambiar comportamentos e crencias.
- Cambiar actitudes e valores.

- Aumentar a habilidade para a toma de decisións.
- Establecer ambientes saudables.
- Conseguir cambios sociais dirixidos á saúde.
- Favorecer a capacidade e o poder de individuos, grupos e comunidades.

2.2.2. Promoción da saúde no entorno

O término *settings for health* (setting : lugar, contorna, contexto ...) defínese como “o lugar ou contexto social no que as persoas desenvolven as súas actividades diarias e na que interactúan factores ambientais, organizativos e personais que afectan a saúde e o benestar” (OMS, 1998).

O enfoque da promoción da saúde no entorno xurdiu nos anos 80 e desenvolveuse a partir de diferentes iniciativas da OMS como son:

- **Declaración de Alma-Ata** (OMS/Unicef, 1978). O 12 de setembro de 1978, en Alma-Ata (Almaty dende 1994), capital daquela da República Socialista Soviética de Kazakhstan, os representantes de 134 nacións fixeron unha Declaración na que se recomendou a todos os gobernos, aos axentes de saúde e de desenvolvemento, e á comunidade mundial, a que adoptasen medidas urxentes para protexer e promover a saúde de todos os cidadáns do mundo.
- **Estratexia de Saúde para Todos no ano 2000** (1981) pon a énfase na equidade, a participación pública, a colaboración intersectorial, e a necesidade de reorientar os sistemas e servizos de saúde, para que no ano 2000, todos os lugares de vida e de actividade social (ciudades, lugares de traballo, comunidades e fogares) proporcionasen amplas oportunidades de promoción da saúde.
- Finalmente, a **Carta de Ottawa** (OMS, 1986), revindica que se centre a atención sobre o ambiente, afirmando que “a saúde crease e vívese no marco da vida cotiá, nos centros de ensino, traballo e lecer. A saúde é o resultado dos cidadáns que cada un se fai a un mesmo e aos demais, da capacidade de tomar decisións e controlar a vida

I PARTE: FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

propia e de asegurar que a sociedade en que un vive ofrezca a todos os seus membros a posibilidade de gozar dun bo estado de saúde”.

Por iso, a OMS impulsou varios programas baseados en entornos saudables, o primeiro deles, foi o de cidades saudables, e posteriormente xurdiron outros como o de escolas promotoras de saúde, hospitais promotores de saúde e o de prisións saudables, deixando sempre á porta aberta a novas ideas e iniciativas.

A continuación, describiremos as principais características dos dous programas máis importantes e influíntes, que son o de cidades saudables e o das escolas promotoras de saúde.

a. Cidades saudables

A cidade como lugar de convivencia e de vida, ten un papel determinante na saúde das persoas porque é onde se desenvolven as actividades (económicas, sociais, culturais, educativas, lecer, etc.) que condicionan a vida dos individuos e onde se toman as decisións sobre políticas de vivenda, urbanismo, tráfico, etc. Por iso, o entorno urbano, como espazo de relación e de actividade, e o entorno físico como espazo ou soporte natural adaptado e modificado polo ser humano, marcan unhas pautas que habilitan un modo de vida e de utilización do tempo (lecer, traballo, obrigacións e necesidades) que non sempre favorecen o maior benestar e equilibrio do individuo.

Pódese dicir que a promoción da saúde debe incidir en dous campos de actuación:

1. Social e colectivo: creando un medio ambiente e entornos favorables ao desenvolvemento do ser humano.
2. Individual: desenvolvendo as aptitudes personais no camiño de adoptar estilos de vida saudables.

En outubro de 1986 reuníronse en Barcelona representantes de 21 cidades, dando a OMS, un pulo en Europa ao proxecto de Cidades Saudables (*Healthy Cities*), para a promoción da saúde e o benestar dos cidadáns, especialmente en áreas urbanas. A este proxecto, en España, coñéceselle como *Red Española de Ciudades Saludables* (RECS) e foi constituído en 1988 pola *Federación Española de Municipios y Provincias* (FEMP),

sendo o seu principal obxectivo é o da promoción e protección da saúde e o benestar dos cidadáns, a partir dun principio fundamental: a interrelación dos diversos aspectos que inflúen na saúde e a necesaria intervención dos sectores, tanto políticos, como económicos, culturais, sociais e medioambientais (Galobart e Revuelta, 1989).

b. Escolas promotoras de saúde

En 1992, xurde como iniciativa da OMS a *European Network of Health Promoting Scchools* (ENHPS) ou a *Red Europea de Escuelas Promotoras de Salud* (REEPS). Na actualidade, máis de 40 países da rexión europea da OMS están integrados nesta rede. O seu principal obxectivo é lograr estilos de vida saudables para a totalidade da poboación escolarizada, desenvolvendo ambientes de apoio directamente relacionados coa promoción da saúde.

Para lograr este obxectivo, unha escola promotora de saúde implica ao persoal de saúde e de educación. Fomenta a saúde e a aprendizaxe con todos os medios ao seu alcance, e ofrece ambientes favorables para a saúde, e unha serie de programas e servizos clave de promoción e educación para a saúde. A escola promotora da saúde aplica políticas, prácticas e outras medidas que respetan a autoestima do individuo, ofrece oportunidades múltiples de desenvolvemento e recoñece os seus esforzos e intencións, e logros personais. Fai todo o que está na súa man por mellorar a saúde do persoal do centro, as familias e os membros da comunidade, ademáis dos estudantes (OMS, 1998).

E escola promotora de saúde (REEPS, 1998), responde aos obxectivos seguintes:

- Favorecer modos de vida sá e ofrecer ao alumnado e profesorado opcións, realistas e atractivas á vez, en materia de saúde.
- Definir obxectivos craros de promoción da saúde para o conxunto da comunidade escolar.
- Ofrecer un marco de traballo e de estudo dirixido á promoción da saúde, no que se teñan en conta as condicións do edificio escolar, dos espazos de lecer, comedores escolares e os aspectos de seguridade dos accesos.

I PARTE: FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

- Desenvolver o sentido da responsabilidade individual, familiar e social con relación á saúde.
- Posibilitar a todo o alumnado o completo desenvolvemento físico, psíquico e social e a adquisición dunha imaxe positiva.
- Integrar de maneira coherente a educación para a saúde no proxecto curricular, utilizando metodoloxías que fomenten a participación do alumnado no proceso educativo.
- Proporcionar aos alumnos os coñecementos e as habilidades indispensables para adoptar decisións responsables en saúde.
- Identificar e utilizar os recursos existentes na sociedade para elaborar accións a favor da promoción da saúde.

A promoción da saúde mediante a educación escolar ten unha especial importancia, debido a que os momentos máis apropiados para acoller e adaptar novos modelos de vida son a infancia e a adolescencia. Todas as persoas pasan, ao longo de súa vida, unha etapa na escola, polo que é a institución na que a sociedade confía a socialización, que ven sendo, a transmisión da cultura, os coñecementos e os valores polos que se rexe. Tamén é o lugar apropiado para preparar aos cidadáns para a vida, formalos para que sexan quen de tomar, de maneira razoada e formada, as decisións que terán consecuencias craras sobre a súa saúde e a dos que os rodean (Gavidia, 2003; IUHPE, 2000).

Sabemos que o papel principal das escolas é o ensino e a aprendizaxe do contido curricular, pero a escola tamén ten un gran potencial na promoción da saúde e o desenvolvemento da infancia, da xuventude, das familias e, en xeral, de toda a comunidade educativa. Existe cada vez máis evidencia acerca da maior efectividade dos programas de saúde cando inclúen as actividades promotoras de saúde dentro dun enfoque global da escola, implicando actividades en máis dun ámbito. Estes enfoques crean un entorno de apoio físico, social e de aprendizaxe, que involucra ao alumnado, ás familias, ás comunidades e ás organizacións (Stewart-Brown, 2006).

Non debemos esquecer que aínda que moitas actitudes e comportamentos para unha vida máis ou menos saudable creanse na infancia e desenvólvense na adolescencia, non se consolidarán ata a etapa universitaria. Polo tanto, moitos dos aspectos que se comentaron poderanse aplicar na educación superior (Bennasar, 2012).

CAPÍTULO 3

**AS UNIVERSIDADES IMPULSORAS DE ACTIVIDADES
SAUDABLES**

As universidades poden favorecer de maneira importante a promoción da saúde e mellora do benestar da poboación xeral e universitaria en particular (Reig et al., 2001) con aportacións que impulsen actividades saudables nos entornos nos que a comunidade universitaria desenvolve a súa vida.

A OMS tivo a iniciativa de fomentar entornos saudables nos ambientes escolares e académicos e isto creou unha gran rede de universidades promotoras de saúde que apostan pola formación integral da súa comunidade (alumnos, profesores e empregados ou persoal de servizos) onde se utiliza o ambiente universitario como protector fronte aos factores de risco que van en contra da saúde.

Para Tsouros, coordinador do proxecto Cidades Saudables e representante da oficina europea da OMS comenta o significado real dunha Universidade Saudable:

“A Universidade Saudable significa moito máis que executar intervencións de educación sanitaria e de promoción da saúde para os estudantes e persoal. Significa integrar a saúde na cultura, nos procesos e nas políticas universitarias. Significa comprender e tratar a saúde nun modo diferente e desenvolver un cadro de acción que una os factores como o fortalecemento do poder de acción dos individuos, o diálogo, a elección e a participación, co obxectivo de favorecer a equidade, sostenibilidade e ambientes de vida, de traballo e de aprendizaxe favorables para a saúde. As universidades poden potencialmente transformarse nun modelo de lugar que promova a saúde, pois teñen as capacidades intelectuais, as habilidades, a autoridade e a credibilidade necesaria para alcanzar este propósito. As universidades son ademáis un valioso recurso para a comunidade na que se atopan. Investir en universidades saudables é, sobre todo, un investimento para o futuro (...) As universidades coa súa peculiar cultura, a súa posición na sociedade e o seu entramado de habilidades, que resulta único ofrecen un terreo ideal de proba para aplicar, avaliar e desenvolver ulteriormente a promoción da saúde” (Tsouros et al., 1998).

No prólogo do informe publicado pola OMS, **Health promoting Universities** (Tsouros et al., 1998), a modo de guía para as Universidades Promotoras de Saúde (UPS), indica en 6 puntos, o potencial das universidades para contribuir a mellorar a saúde na comunidade universitaria:

I PARTE: FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

1. As universidades son grandes institucións nas que vive moita xente e experimenta moitos aspectos da súa vida: aprende, traballa, goza do seu tempo libre etc., utilizando una ampla variedade de servizos (aloxamentos, comedores, transportes, etc.). Por iso dentro das universidades hai un gran potencial humano para protexer a saúde e promover o benestar nesta comunidade.
2. As universidades proporcionan emprego a moita persoas, polo que teñen que promover o benestar dos seus traballadores a través duna xestión e política adecuada.
3. Como centros creativos, de aprendizaxe e investigación, as universidades poden desenvolver, sintetizar e aplicar investigación e coñecemento en relación coa saúde.
4. Dado o seu papel educativo das futuras xeracións, as universidades poden desenvolver a capacidade de análise crítico da saúde e un sentido de responsabilidade persoal e comunitaria que influirán amplamente sobre a sociedade.
5. Debido a que os estudantes vánse volvendo independentes, as universidades teñen a responsabilidade e o potencial de conseguir un desenvolvemento saudable persoal e social dos seus alumnos.
6. As universidades teñen un papel crucial avogando, mediando e utilizando a súa influencia para favorecer a saúde comunitaria a nivel local, nacional e internacional.

Por todo isto, “As universidades poden facer moitas actividades para promover e protexer a saúde dos estudantes e do equipo universitario (figura 25), crear ambientes de vida, de aprendizaxe e de traballo conducentes á saúde, protexer o ambiente e promover o desenvolvemento humano sostible, promover a promoción da saúde no ensino e na investigación, promover a saúde da comunidade, e ser un recurso para a saúde da comunidade” (Tsouros et al., 1998).

Contribución das Universidades ao incremento da saúde

- Creando condicións saudables nos ambientes de traballo, de aprendizaxe e de vida, tanto para os estudantes como para o resto da comunidade universitaria.
- Desenvolvendo colaboracións para a promoción da saúde nas que se implique a toda a comunidade.
- Fomentando actitudes favorables cara aos temas relacionados coa saúde no ensino e a investigación.

Figura 25. Contribución das Universidades para o incremento e promoción da Saúde (Tsouros, 1998).

O concepto de Universidades Promotoras de Saúde "fai referencia ás entidades de Educación Superior que fomentan unha cultura organizacional orientada polos valores e os principios asociados ao movemento global da Promoción da Saúde (PS), e constatase a través dunha política institucional para a mellora continua e sostida das accións de PS" (Arroyo, 2009). O movemento de Universidades Promotoras de Saúde está baseado nos principios de *Saúde para Todos (1978)*, a *Carta de Ottawa* para a Promoción da Saúde (1986), e a súa aplicación práctica baixo o enfoque de espazos saudables (healthy settings), e desenvolvemento sostible.

Como antecedentes, existen moitas e variadas experiencias relacionadas coas Universidades Saudables feitas por moitas organizacións e países, en Europa, o primeiro evento de todos foi a *I Conferencia Internacional sobre Universidades Promotoras de Saúde* celebrada en 1996 en Lancaster, Inglaterra en 1996, que coa axuda da OMS, fíxanse os criterios e estratexias a seguir para a promoción da saúde nas universidades.

Coa *II Conferencia Internacional de Universidades Promotoras de Saúde*, celebrada en Edmonton (Canadá) en outubro de 2005, onde se redactou a *Carta de Edmonton* (Carta Edmonton, 2005), na que as Universidades Promotoras de Saúde e Institucións de Educación Superior propuxeron as seguintes metas:

1. Modelar a nivel institucional unha cultura de promoción da saúde e un entorno laboral, de vida e de aprendizaxe, sostible.

I PARTE: FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

2. Actuar para mellorar o ambiente de traballo, de aprendizaxe e de vida de todos os estudantes e do resto da comunidade universitaria.
3. Permitir e apoiar aos individuos para que vivan unha vida útil e produtiva con eleccións de estilos de vida saudables.
4. Mellorar os servizos de saúde para os estudantes e para o resto da comunidade universitaria.
5. Fomentar que os estudantes e o resto da comunidade universitaria asuman responsabilidades na súa propia saúde e benestar.
6. Dar apoio aos alumnos para que participen na vida institucional, defendendo a promoción da saúde.
7. Formar aos estudantes como cidadans comprometidos coa promoción da saúde nas comunidades ou organizacións ás que pertencen.
8. Apoiar a promoción da saúde dentro da comunidade a nivel local, nacional e global.

En España, existe a **Red Española de Universidades Saludables** (REUS) que é a institución que coordina todo o referente ás Universidades Saudables a nivel do estado español, tamén existen 3 redes a nivel autonómico que son: *Xarxa Catalana d'Universitats Saludables*, *Xarxa Valenciana d'Universitats Públiques Saludables* e a *Red andaluza de Universidades Promotoras de Salud* e ademáis comentar que España forma parte da *Red Iberoamericana de Universidades Promotoras de Salud* (RIUPS).

A **REUS** está formada por institucións comprometidas coa promoción da saúde no entorno universitario, e na actualidade, nesta rede participan:

- **38 universidades** de toda España, entre elas están dúas universidades de Galicia (Universidade de Vigo e Universidade da Coruña),
- **Conferencia de Rectores de Universidades Españolas** (CRUE),
- **Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad,**

- **Ministerio de Educación, Cultura y Deporte,**
- e algunhas estruturas autonómicas de Saúde Pública.

Esta rede foi constituída o 22 de setembro de 2008 co obxectivo de reforzar o papel das Universidades como entidades promotoras de salud e benestar dos seus estudantes, persoal, e da sociedade no seu conxunto, liderando e apoiando procesos de cambio social. Na actualidade existe un **Acordo Marco de Colaboración** (REUS, 2008) entre o *Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad*, o *Ministerio de Educación, Cultura y Deporte* e a CRUE para o desenvolvemento dos seus obxectivos (figura 26) e as súas liñas estratéxicas (figura 27).


Liñas Estratéxicas da REUS 	
1	Entornos universitarios que promovan a saúde.
2	Incorporación nos plans de estudo universitarios de formación en promoción da saúde a nivel de grao e posgrao.
3	Investigación na promoción da saúde.
4	Participación e colaboración entre os organismos de saúde pública, as institucións comunitarias e as universidades.
5	A oferta de servizos e actividades no campus dirixidas a promocionar a saúde.

Figura 26. Liñas estratéxicas da REUS


Obxectivos da REUS 	
1	Potenciar a universidade como entorno promotor da saúde da comunidade universitaria e da sociedade no seu conxunto.
2	Fomentar a Investigación e a Docencia na Promoción da Saúde.
3	Favorecer o intercambio de experiencias na Promoción da Saúde.
4	Promover e favorecer o traballo conxunto entre os organismos da saúde pública, as institucións comunitarias e as universidades.
5	Consensuar liñas estratéxicas e de traballo para desenvolver un proxecto de universidade promotora de saúde.
6	Posibilitar a elaboración e o desaenvolvemento de proxectos comúns nas liñas estratéxicas da Rede.
7	Potenciar a participación internacional.
8	Fomentar a oferta de servizos e actividades dirixidas a promocionar a saúde da Comunidade Universitaria.

Figura 27. Obxectivos da REUS.

Esta rede está organizada de forma non xerárquica en torno a temas ou preocupacións comúns, que se abordan de maneira activa e sistemática, sobre a base do compromiso e a confianza. O 9 de outubro de 2009 celébrase en Pamplona, o *IV Congreso de Universidades Promotoras de Salud*, neste congreso elaboróuse a *Declaración de Pamplona/Iruña*, que é unha declaración de intencións que permite continuar co traballo a favor da promoción da saúde relacionandoo coa sustentabilidade e a Responsabilidade Social Universitaria (figura 28), que son uns dos retos das universidades promotoras de saúde, sostíbles e responsables para o século XXI. Para finalizar, segundo di Bennasar a Universidade Saudable ou Universidade Promotora de Saúde é a que incorpora a promoción da saúde ao seu proxecto educativo e laboral, co fin de propiciar o

desenvolvemento humano e mellorar a calidade de vida dos que ali estuden ou traballen e ademáis, formalos co fin de que actúen como modelos ou promotores de condutas saudables coas súas familias, nos seus futuros entornos laborais e na sociedade en xeral (Bennasar, 2012).

DECLARACIÓN de PAMPLONA/IRUÑA 2009 Retos das universidades Saudables, Sostibles e Responsables para o século XXI.	
1	Adquirir o compromiso decidido dos órganos de Goberno de cada Universidade para ser unha Universidade Saudable, Sostible e Responsable.
2	Consolidar unha infraestrutura participativa para a coordinación de accións en Responsabilidade Social, Sostibilidade e Promoción de Saúde, etc.
3	Estar atentos a novos estilos de vida, ás directrices autonómicas, nacionais e internacionais relacionadas con la prevención y promoción de la salud.
4	Plan integrado de Universidade Saudable, Sostible e Responsable, cos seus correspondentes Programas anuais de accións.
5	Avaliar anualmente as actividades co fin de mellorar os resultados
6	Incorporar na currícula universitaria a prevención e promoción da saúde, Responsabilidade social, etc. tanto de forma transversal como de forma explícita.
7	Fomentar a realización de investigacións.
8	Coordinar e integrar a representantes da comunidade universitaria con persoas procedentes doutras entidades relacionadas e da sociedade en xeral.
9	Fomentar o traballo mediante redes e alianzas, entre universidades e outras institucións do ámbito local, rexional e nacional, para lograr sinerxias

Figura 28. Principios e obxectivos da Declaración de Pamplon

CAPÍTULO 4

CONCLUSIÓN AO MARCO TEÓRICO

Da revisión bibliográfica realizada queda demostrado que determinadas condutas de risco como o sedentarismo, dietas pouco saudables, ou consumo de alcohol e tabaco, contribúen ao incremento da morbilidade dunha poboación.

Tamén son moitos os estudos sobre estilos de vida en comunidades universitarias que confirman e demostran que os hábitos de consumo de tabaco, bebidas alcohólicas, comida rápida, falta de exercicio físico, etc., implican estilos de vida perxudiciais para a saúde.

O obxectivo deste Marco Teórico foi facer un resumo conceptual e teórico das investigacións ou traballos realizados, coa finalidade de delimitar a área de estudo, que neste caso foi España e Galicia, no que concerne á saúde, calidade de vida, estilos de vida e os seus factores de risco, prevención da enfermidade, promoción da saúde e o papel das universidades como impulsoras de actividades saudables.

Toda esta revisión, supuxo organizar datos, feitos significativos, identificar e integrar as variables de estudo que nos van permitir por en contexto as condutas e hábitos saudables da comunidade universitaria de Galicia.

Como consecuencia desta situación actual, e en relación ás Enfermidades Non Transmisibles, a Asamblea Xeral da ONU acordou establecer como obxectivo para o ano 2025 unha redución do 25% da mortalidade vinculada a elas, deseñando a ***Estratexia 4x4***, na que prioriza e aborda os catro principais factores de risco máis común: o tabaquismo, o abuso do alcohol, a inactividade física e a dieta desequilibrada, centrada nas catro principais enfermidades crónicas: enfermidade cardiovascular, cancro, diabetes e enfermidade respiratoria crónica (UN, 2011) e que recoñece que a carga mundial das ENT é un dos principais desafíos para o desenvolvemento, solicitando firmemente, incluír a prevención destas enfermidades como unha prioridade en todos os programas nacionais e internacionais (RES 66/288).

En relación a todo o exposto neste Marco Teórico podemos resumir as seguintes conclusións:

1. Percepción de Saúde

- A poboación española adulta valora como boa a súa saúde, tanto en homes (75,1%), como en mulleres (67%). Estas cifras de percepción de saúde da poboación española son similares ás de Galicia.
- A percepción de boa saúde sempre é máis elevada nos homes que nas mulleres; na franxa de 16 a 24 anos, a valoración supera o 90%.

2. Calidade de Vida

- Numerosos estudos científicos relacionan os hábitos saudables cunha mellora na calidade de vida, constatando que un determinado padrón de conduta pode conducir a unha situación de maior ou menor risco para a saúde.

3. Sedentarismo

- Ao longo dos últimos 20 anos, o sedentarismo na poboación adulta española presenta un descenso continuado (1993: 47% en homes e 61% en mulleres; 2014: 31% e 42%, respectivamente). Este descenso tamén acontece na poboación galega presentando cifras similares.
- O sedentarismo é máis elevado nas mulleres que nos homes e aumenta coa idade.

4. Obesidade - Sobre peso

- En España, a prevalencia de obesidade e sobre peso en adultos foi ascendendo nos últimos 25 anos, sendo máis alta nos homes (61%) que nas mulleres (45%), en cifras do ano 2014.
- A poboación galega presenta tendencia e cifras similares.

5. Inxesta de froita e verduras

- En España, a prevalencia do consumo de froita, en adultos, mantense estable nos últimos 15 anos (58% para homes e 67% para mulleres). No mesmo período de

tempo, aumenta o consumo de verdura, con prevalencias no ano 2014 de 39% para os homes e 50% para as mulleres.

- En Galicia o consumo froita e verduras é maior que en España, con valores no ano 2014 do 70% homes e 82% en mulleres, 48% en homes e 64% en mulleres, respectivamente.
- As mulleres sempre consomen máis froitas e verduras que os homes.

6. Hábito de Non Almorzar

- Os homes teñen máis hábito de non almorzar que as mulleres en todos os grupos de idade.
- Na franxa de 15 a 24 anos, tanto en homes coma en mulleres, esta puntuación faise preocupante cun 8% de persoas que non almorzan.
- A porcentaxe de persoas que almorzan de forma saudable aumenta coa idade pero con distinta resposta por sexo, mentras que as mulleres comezan unha melloría na franxa de 25 a 34 anos e alcanzan as súas mellores taxas a partir dos 35 anos, os homes comezan a mellorar máis tarde, na franxa de 35 a 54 anos e alcanzando as súas mellores taxas a partir dos 55 anos, en cifras do ano 2011.

7. Consumo de alcohol

- En España hai unha baixada progresiva do consumo habitual de alcohol (2006: 65% en homes e 32,6% en mulleres, 2014: 50% e 24%, respectivamente).
- Os homes dobran ás mulleres en porcentaxe de consumidores.
- Os valores de consumo habitual de alcohol da poboación española son similares aos de Galicia.

7. Consumo tabaco

- Dende hai 25 anos, prodúcese unha tendencia ao descenso no consumo do tabaco en todos os grupos de idade, pero esta baixada é especialmente marcada entre os 15 e os 24 anos.
- A proporción de homes que fuma diariamente é maior que a de mulleres, aínda que as diferenzas por sexo acurtáronse de maneira notable.
- Os valores de consumo de tabaco da poboación española son similares aos de Galicia (homes 27% e mulleres 18%).

8. As universidades impulsoras de actividades saudables

- As universidades poden ofertar servizos e actividades para a promoción da saúde na comunidade universitaria, fomentando a investigación e a docencia na promoción da saúde, promovendo entornos saudables que aposten pola formación como persoas comprometidas cos hábitos saudables.

CAPÍTULO 5

XUSTIFICACIÓN

Existen estudos sobre estilos de vida en comunidades universitarias no que demostran un predominio de estilos de vida pouco saudables, debido entre outros motivos aos avances tecnolóxicos, moitas horas de estudo e prácticas, medios de comunicación, consumismo, optimización do uso do tempo de lecer, etc.

Todas estas facilidades, comidas rápidas, condutas sedentarias, etc., facilitan o cambio nos seus estilos de vida, e van adoptando comportamentos que representan riscos para a súa saúde, como por exemplo a inactividade física, dietas pouco saudables, consumo de tabaco e alcohol. Ademais temos que engadir e que normalmente a dieta non saudable e a inactividade física interactúan dando orixe a obesidade.

Como se explicou anteriormente as enfermidades cardiovasculares, a diabetes, enfermidade respiratoria crónica e o cancro representan as principais causas de morbi-mortalidade a nivel mundial.

España e Galicia ao estar inmersos nos países desenvolvidos teñen cifras altas nestas enfermidades polo que resulta necesario investigar os hábitos de vida sobre todo na xente nova, para previr e diminuír estas prevalencias.

A presente tese pretende facer un diagnóstico da comunidade universitaria de Galicia, que nos permita coñecer os comportamentos de saúde da poboación, como saber os niveis de Obesidade, Actividade Física, Adherencia á Dieta Mediterránea e consumo de alcohol e tabaco, así como coñecer os niveis da percepción de saúde e da calidade de vida relacionada coa saúde nos seus apartados físico e mental, por sexo e nos diferentes sectores (Estudantes, Persoal Docente e de Investigación e Persoal de Administración e Servizos) sobre os PDI e PAS porque hai moi poucos estudos

A universidade é un lugar idóneo para promover padróns de comportamento que favorezan a saúde e incrementen os hábitos saudables na súa comunidade, ademais con toda esta información, poderáse deseñar estratexias e tomar medidas para promocionar hábitos saudables na poboación universitaria de Galicia para que no futuro inflúa na adopción e mantemento de hábitos saudables na sociedade en xeral.



II PARTE:

ESTUDO PRÁTICO



CAPÍTULO 6

OBJECTIVOS

Os obxectivos principais deste traballo de investigación realizado en individuos da comunidade universitaria de Galicia (Estudantes, Persoal Docente e de Investigación e Persoal de Administración e Servizos) son:

1. Determinar os niveis de Obesidade, Actividade Física, Adherencia á Dieta Mediterránea e consumo de alcohol e tabaco por sexo e nos diferentes sectores da comunidade universitaria.
2. Coñecer os niveis da Percepción de saúde e da Calidade de Vida relacionada coa saúde nos seus apartados Físico e Mental, mediante o cuestionario SF-12 por sexo e nos diferentes sectores da comunidade universitaria.
3. Avaliar a relación entre os estilos de vida (Obesidade, Actividade Física, Adherencia á Dieta Mediterránea e consumo de Tabaco e Alcohol), xunto coa idade e sexo, e a Calidade de Vida relacionada coa Saúde (Física e Mental), nos diferentes sectores da comunidade universitaria.

CAPÍTULO 7

METODOLOGÍA

7.1. Participantes

A poboación para este estudo queda definida pola comunidade universitaria de Galicia, que está formada por tres universidades: Universidade da Coruña (UDC), Universidade de Santiago de Compostela (USC) e a Universidade de Vigo (UVigo), do curso académico 2014-2015.

Entendemos por comunidade “Grupo específico de persoas que a miúdo viven nunha zona xeográfica determinada, que comparten unha cultura común, valores e normas. Organízanse nunha estrutura social en función das relacións que a comunidade desenvolveu durante un período de tempo” (OMS, 2008).

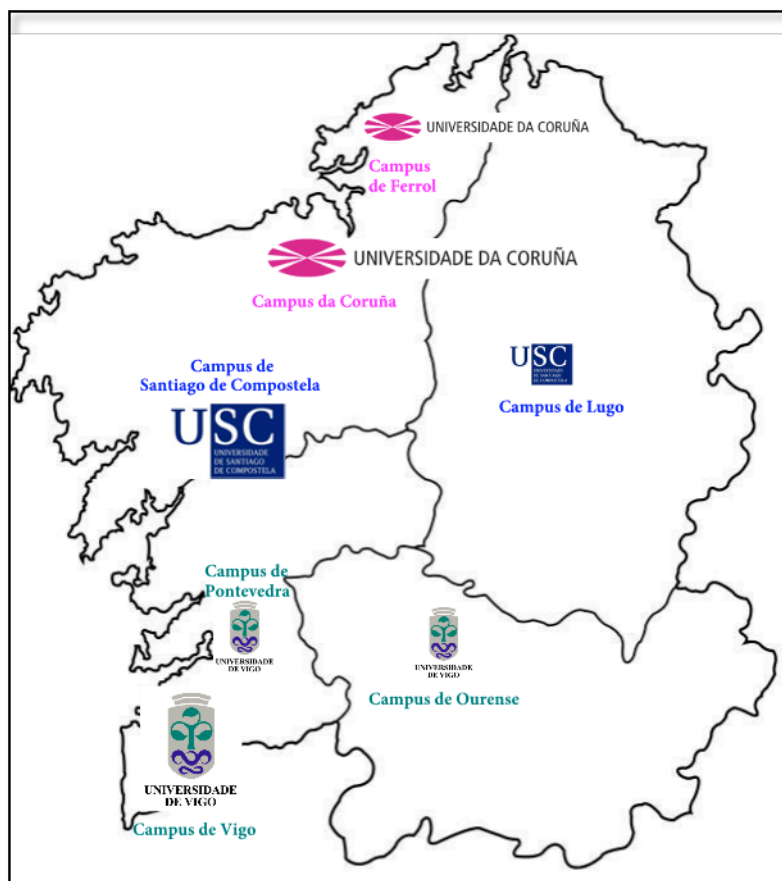


Figura 29. Mapa de Galicia onde se sitúan as 3 universidades galegas e os seus correspondentes Campus Universitarios.

II PARTE: ESTUDO PRÁCTICO

Esta comunidade está formada por Estudantes, Persoal Docente e Investigador (PDI) e Persoal de Administración e Servizos (PAS) de ambos sexos que estiveran matriculados, no caso dos estudantes e contratados no caso do PDI e o PAS, durante o curso 2014-15.

Estas tres universidades teñen 7 campus universitarios (figura 29), que a continuación se relacionan:

- Universidade da Coruña: Campus da Coruña e de Ferrol.
- Universidade de Santiago de Compostela: Campus de Santiago e de Lugo.
- Universidade de Vigo: Campus de Vigo, Ourense e Pontevedra.

O censo total do curso académico 2014/15 foi de 75.516 persoas (táboa 2). Os datos foron facilitados pola *Vicerreitoría de Títulos, Calidade e Novas Tecnoloxías* da UDC, *Área de Calidade e Mellora de Procedementos* da USC e da *Unidade de Estudos e Programas* da UVigo, e actualizados no mes de xuño de 2015.

Táboa 2. Censo da poboación Universitaria de Galicia. Curso Académico 2014/15.

	UDC		USC		UVigo			
	C. Coruña	C. Ferrol	C. Compostela	C. Lugo	C. Vigo	C. Ourense	C. Pontevedra	
ESTUD. - HOMES	8.914	1.509	7.652	1.570	7.020	1.801	1.746	30.212
ESTUD. - MULLERES	9.880	1.149	12.701	2.507	6.067	2.811	2.175	37.290
PDI - HOMES	893	181	992	251	534	174	146	3.171
PDI - MULLERES	596	108	672	184	317	145	124	2.146
PAS - HOMES	250	46	480	67	200	41	40	1.124
PAS - MULLERES	393	74	96	97	307	66	40	1.573
TOTAL CAMPUS	20.926	3.067	23.093	4.676	14.445	5.038	4.271	
TOTAL UNIVERSIDADES	23.993		27.769		23.754			75.516

Fonte: Datos obtidos e actualizados en xuño de 2015 da Vicerreitoría de Títulos, Calidade e Novas Tecnoloxías – UDC, Área de Calidade e Mellora de Procedementos – USC e da Unidade de Estudos e Programas – UVigo.

No gráfico (figura 30) pódese ver a porcentaxe de poboación dos diferentes campus, sendo o de Santiago de Compostela cun 31% o máis numeroso, mentras que o campus de Ferrol, cun 4%, o que menos poboación ten.

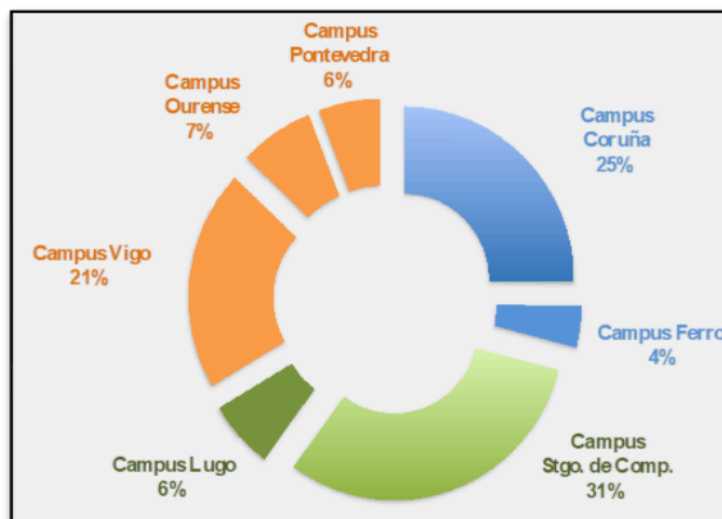


Figura 30. Porcentaxe da poboación Universitaria de Galicia por Campus. Curso 2014/15.

No referente á poboación universitaria de Galicia distribuída por sexo (figura 31), as mulleres cun 55% superan aos homes cun 45%. A distribución por grupo e sexo sería en Mulleres: 50% Estudiantes + 3% PDI + 2% PAS e en Homes: 40% Estudiantes + 4% PDI + 1% PAS.

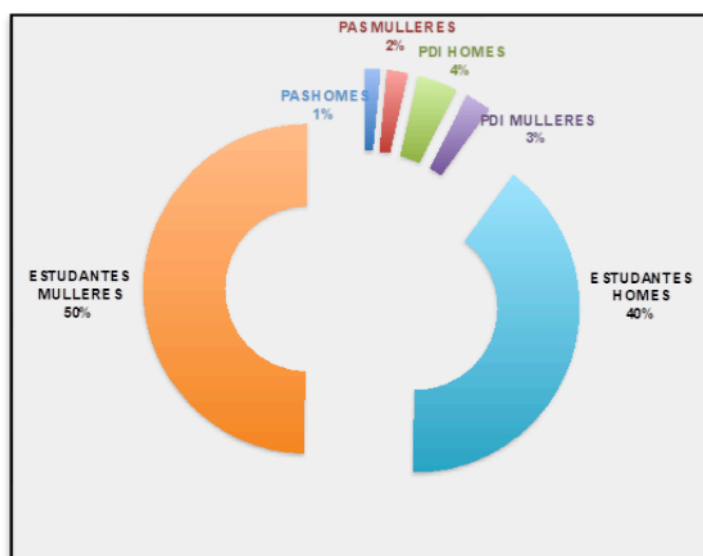


Figura 31. Porcentaxe da poboación Universitaria de Galicia por Grupo e Sexo. Curso 2014/15.

7.2. Mostra

7.2.1. Selección da Mostra

Optóuse por realizar un mostreo aleatorio simple en todas as universidades, porque desta maneira todos os individuos que pertencen á comunidade universitaria (Estudantes, PDI e PAS) terían a mesma probabilidade de ser elixidos (Manzano e Braña, 2005).

Para obter esta mostra aleatoria comezouse a traballar para conseguir unha base de datos con todos e cada un dos participantes das respectivas comunidades universitarias. A partires de aí, elaboramos unha base cos nomes, apelidos e correo electrónico. Desta maneira poderíamos asignar un número a cada individuo da poboación e facer unha selección dos participantes que formarían parte da mostra de forma aleatoria.

Con axuda dun programa informático, aos participantes que resultaran elixidos, se lle mandaría, por correo electrónico, un enlace á dirección web onde estivera aloxado o cuestionario on line.

Finalmente o proceso da obtención da mostra foi diferente, porque mentras a *Área de Calidade e Mellora de Procedementos* da USC, enviou a enquisa de forma aleatoria (25%), como estaba previsto, a *Vicerreitoría de Títulos, Calidade e Novas Tecnoloxías* da UDC e a *Unidade de Estudos e Programas* da UVigo, fixeron un envío masivo a toda a comunidade universitaria.

A *Agencia Española de Protección de Datos* (AEPD); que é a autoridade de control independente que vela polo cumprimento da normativa sobre protección de datos e garante e tutela o dereito fundamental á protección de datos persoais, informa que “O dereito fundamental á protección de datos recoñece ao cidadán a facultade de controlar os seus datos persoais e a capacidade para dispoñer e decidir sobre os mesmos” (AEPD, 2017), sobre isto comentar que nas 3 universidades non se tivo acceso aos datos da poboación obxecto de estudo. Este feito condicionou facer outro tipo de técnica de mostreo non exhaustivamente aleatoria na UDC e UVigo.

Tras estratificar por universidades, participaron voluntariamente no estudo un total de 1.016 persoas pertencentes ás tres universidades de Galicia das que 439 son Estudantes, sendo o 38% homes e o 62% mulleres (táboa 3), 259 PDI no que o 41% son mulleres e o 59% homes (táboa 4) e 318 PAS, 59% mulleres e 41% homes (táboa 5).

Esta distribución é similar á do SUG (Sistema Universitario Galego) en cada un dos tres grupos. Dentro do total da mostra a UDC aporta 366 participantes (183 Estudantes, 88 PDI e 95 PAS) e a UVigo 313 participantes (160 Estudantes, 74 PDI e 79 PAS) conseguidos ao enviar o cuestionario on line á totalidade a cadansúa poboación universitaria, mentras que na USC obtivéronse 337 participantes froito do envío do cuestionario on line a 1600 persoas (400 a cada grupo), que previamente foron seleccionadas de forma aleatoria e na que se tivo unha resposta nos Estudantes e no PDI aproximadamente dun 25%, e no PAS dun 36%.

***Táboa 3.** Distribución da mostra de Estudantes por Universidade, Campus e Sexo.*

	UDC		USC		UVigo			
	Campus Coruña	Campus Ferrol	Campus Santiago	Campus Lugo	Campus Vigo	Campus Ourense	Campus Pontevedra	TOTAIS
HOMES	58 36%	8 35%	30 35%	4 40 %	29 36%	19 47%	18 46%	166 38%
MULLERES	102 64%	15 65%	56 65%	6 60 %	52 64%	21 53%	21 54%	273 62%
CAMPUS	160	23	86	10	81	40	39	439
UNIVERSIDADE	183			96		160		439

Debido a recollida de datos de dous tipos de mostreo debemos ter cautela á hora de xeneralizar os resultados obtidos, dado que estarán restrinxidos ás características da mostra. Tanto a forma aleatoria da USC, como a obtida por cuotas da UDC e Uvigo, o seguinte paso foi dar a coñecer a toda a poboación obxecto de estudo, a investigación que se estaba a desenvolver, de forma que quen quixera participar voluntariamente neste estudo só tiña que conectarse a unha dirección web para contestar o cuestionario on line.

II PARTE: ESTUDO PRÁCTICO

Táboa 4. Distribución da mostra de PDI por Universidade, Campus e Sexo.

	UDC		USC		UVigo			
	Campus Coruña	Campus Ferrol	Campus Santiago	Campus Lugo	Campus Vigo	Campus Ourense	Campus Pontevedra	TOTAIS
HOMES	40 53%	7 54%	46 66%	20 74 %	21 54%	13 52%	5 50%	152 59%
MULLERES	35 47%	6 46%	24 34%	7 26%	18 46%	12 48%	5 50%	107 41%
CAMPUS	75	13	70	27	39	25	10	259
UNIVERSIDADE	88		97			74		259

Táboa 5. Distribución da mostra do PAS por Universidade, Campus e Sexo.

	UDC		USC		UVigo			
	Campus Coruña	Campus Ferrol	Campus Santiago	Campus Lugo	Campus Vigo	Campus Ourense	Campus Pontevedra	TOTAIS
HOMES	22 26%	3 33%	61 52%	10 38%	20 45%	8 36%	6 46%	130 41%
MULLERES	64 74%	6 67%	57 48%	16 62%	24 55%	14 64%	7 64%	188 59%
CAMPUS	86	9	118	26	44	22	13	318
UNIVERSIDADE	95		144			79		318

Para animar á participación da poboación universitaria enviouse a toda a comunidade unha carta de presentación (anexo 1), vía email, por parte dos respectivos vicerreitores das tres universidades, onde se lle explicaban os obxectivos e se lles invitaba a participar.

7.2.2. Criterios de Inclusión

Incluíronse a todos os participantes de ambos sexos que voluntariamente quixeron contestar o cuestionario e que pertenceran á comunidade galega universitaria.

Para isto o persoal docente e investigador (PDI) e persoal de administración e servizos (PAS) tiñan que estar contratados, e no caso dos estudantes que estiveran matriculados durante o curso académico 2014-15 nunha das tres universidades galegas.

7.3. Instrumento: Cuestionario (on line)

A técnica elixida para a recollida dos datos foi a utilización do cuestionario, debido a que se pode conseguir información dun gran número de participantes e nun período de tempo concreto, que neste caso foi o curso académico 2014-2015.

O cuestionario está considerado como una técnica de indagación válida, que ben feito e aplicado, é unha estratexia apropiada para a obtención de datos, dado que recollen unha información que despois podemos cuantificar e avaliar (Cohen e Manion, 1990).

Para a obtención da información seleccionáronse 5 cuestionarios curtos que, xunto cos datos sociodemográficos están fusionados nun único cuestionario de 55 preguntas (figura 32).

No capítulo 10, *Discusión do Material e Método*, detállanse as vantaxes e limitacións que se avaliaron para facer a enquisa on-line (Muñoz e González 2010), e que son decisivas á hora de empregar este instrumento para a recollida de datos.

Na elaboración do cuestionario tívose en consideración, as recomendacións da parte estrutural (elección, deseño, redacción, organización, estrutura etc.), feitas polos directores e titor desta tese; e na parte máis técnica ás observacións dos servizos informáticos de cada universidade, realizándose probas previas para que asegurar a fiabilidade da aplicación.

Con este asesoramento pódose garantir que o cuestionario final fora viable informáticamente e que mantivera os criterios de validez e fiabilidade.

Este cuestionario, segundo a súa estrutura, consta dun total de 55 ítems ou preguntas, que están divididas en 6 dimensións: sociodemográficas, actividade física, dieta, saúde, alcohol e tabaco, cun formato de resposta pechada.

II PARTE: ESTUDO PRÁCTICO

Pola súa forma de administración é un cuestionario on line (anexo 2), na que toda a información foi recollida unha única vez nun período de tempo limitado, o mes de abril de 2015, polo tanto ten carácter retrospectivo e nunha comunidade definida, como é a comunidade galega universitaria.

7.4. Deseño do Estudo

Tras revisar a literatura sobre o tema de estudo, fíxose un cuestionario no que se incluíron os principais indicadores sobre estilos de vida, hábitos y comportamentos de saúde así como as evidencias epidemiolóxicas publicadas sobre os principais problemas de saúde na nosa comunidade.

7.4.1. Estrutura do Cuestionario

O cuestionario final está dividido en 6 apartados (figura 32): datos demográficos, Actividade Física (IPAQ), Estado de Saúde (SF12), Dieta Mediterránea (Test Kidmed), Tabaco e Alcohol, cun total de 55 preguntas curtas.



Figura 32. Apartados incluídos no cuestionario.

7.4.2. Elección das Variables

Despois dunha revisión bibliográfica sobre as variables utilizadas noutras investigacións cuxo tema foi parecido, e da opinión dos expertos no tema, seleccionamos as variables a utilizar para a análise dos datos.

Tomáronse definicións, escalas de medida, tests e cuestionarios que xa foron usados e validados para desta maneira, poder comparar os resultados con outros traballos.

As variables descríbense a continuación.

7.4.2.1. Datos Sociodemográficos

De cada participante obtivéronse os seguintes datos demográficos: Universidade, Campus, Grupo ao que pertence (Estudante, PDI e PAS), Sexo, Idade (en anos), Altura (en centímetros) e Peso corporal (en quilogramos).

7.4.2.2. Grao de Obesidade

A OMS, na súa nota descritiva sobre o sobrepeso e a obesidade (OMS, 2017) define a obesidade como unha acumulación anormal ou excesiva de graxa que pode ser perxudicial para a saúde, sendo un factor de risco de enfermidades non transmisibles, como:

- Doenzas cardiovasculares: principalmente cardiopatías e accidentes cerebrovasculares, que foron a principal causa de mortes en 2012.
- Diabetes.
- Trastornos do aparello locomotor (en especial a osteoartrite, doenza dexenerativa das articulacións, e moi discapacitante).
- Cancros (endometrio, mama, ovarios, próstata, fígado, vesícula biliar, riles e cólon).

Para determinar a obesidade utilizóuse o Índice de Masa Corporal (IMC), que se calcula a partir do peso e a talla de cada participante coa seguinte fórmula: **IMC = peso (kg) / talla (m²).**

II PARTE: ESTUDO PRÁCTICO

Hai que ter en conta que algunhas investigacións teñen reservas sobre as medidas (peso e talla) autodeclaradas porque mostran unha tendencia a sobredeclarar a altura e infraponderar o peso, provocando una infradeclaración da obesidade (Gorber et al, 2007), e isto pode producir un sesgo.

Aínda que o IMC non é un bo indicador de adiposidade para deportistas e anciáns, é o índice máis utilizado pola maioría de estudos epidemiolóxicos e está recomendado por diferentes organizacións de saúde internacionais para o uso clínico, debido a súa reproductibilidade, facilidade de utilización e capacidade de reflectir a adiposidade na maioría da poboación, sen embargo, hai que considerar que é un valor aproximado, polo que pode non corresponderse co mesmo nivel de grosor en diferentes persoas. Só é válidos en adultos.

Táboa 6. Grao de Obesidade segundo o IMC, definidos pola SEEDO.

IMC	CLASIFICACIÓN
<18,5	Peso insuficiente
18,5-24,9	Normopeso
25-26,9	Sobrepeso grao I
27-29,9	Sobrepeso grao II (preobesidade)
30-34,9	Obesidade de tipo I
35-39,9	Obesidade de tipo II
40-49,9	Obesidade de tipo III (mórbida)
>50	Obesidade de tipo IV (estrema)

Fonte: Sociedad Española para el estudio de la Obesidad (SEEDO).
<http://www.seedo.es/index.php/pacientes/calculo-imc>

Para describir a obesidade neste traballo utilizamos os criterios da *Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad* (SEEDO - IMC), e aceptando os valores de $IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2$ como punto de corte (táboa 6).

7.4.2.3. Actividade Física

A identificación do nivel actividade física é o primeiro paso para ver como se relaciona coa saúde, e vai permitir facer un diagnóstico sobre o estado de saúde da poboación universitaria.

Durante os últimos anos consideráse que a práctica da actividade física é unha ferramenta clave para diminuír o sedentarismo (Nissinen et al. 2001), e que a actividade física regular proporciona beneficios na saúde, tanto en prevención primaria como secundaria, en moitas enfermidades crónicas (Warburton et al., 2006).

Antes temos que deixar claro as diferencias entre os conceptos de actividade física e exercicio.

As diferenzas entre os conceptos de actividade física e exercicio son que a *Actividade física* é calquer movemento corporal intencionado realizado mediante os músculos esqueléticos, que produce un gasto de enerxía superior ao basal, que supón unha experiencia persoal e nos permite interactuar cos seres e o ambiente que nos rodean (Devís e Peiró, 2000). Recolle as dimensións biolóxica, persoal e sociocultural do concepto.

A actividade física pode ter lugar durante o desempeño laboral (entendido este como a ocupación principal, por exemplo, na escola ou durante os adestramentos nos deportistas profesionais), no fogar, no tempo de recreo ou lecer e durante os desprazamentos.

O Exercicio é unha actividade física estruturada e planificada, que se realiza de forma repetitiva e persegue unha finalidade concreta (Caspersen et al., 1985; Bouchard et al., 1990).

As medicións da actividade física para estudos epidemiolóxicos xeralmente fanse a través dun autoinforme, mediante instrumentos de medición subxectiva como son os cuestionarios que inclúen a frecuencia (promedio de sesións por unidade de tempo),

II PARTE: ESTUDO PRÁCTICO

duración (tempo por sesión), intensidade (custo metabólico), tipo de actividade (relacionado co lecer ou traballo) e entorno (onde se fai a actividade).

Existen varios modelos de cuestionarios para rexistrar a actividade física e para este traballo escolléuse a forma curta do cuestionario IPAQ (International Physical Activity Questionary).

O deseño e realización do IPAQ desenvolveuse en Ginebra en 1998 por un Grupo de Consenso Internacional que quixo dar resposta á necesidade de crear un cuestionario que poidese ser utilizado a escala internacional e que fora unha ferramenta estandarizada que permitise obter estimacións comparables da actividade física, debido a que había moita información con distintos tipos de cuestionarios de avaliación que dificultaban a comparanza ou cotexo de resultados (Brown et al., 2004; Pardini e Matsudo, 2001).

No ano 2000 obtivéronse estudos de confiabilidade e validez en 12 países, polo que se aprobou en moitos a súa utilización para investigacións de prevalencia da actividade física (Craig et al. 2003). Agora este cuestionario está validado en poboacións dos cinco continentes en persoas entre 15 e 69 anos e proporciona un rexistro en minutos/semana, que é compatible coas recomendacións de actividade propostas nos programas de saúde pública (Mantilla e Gómez-Conesa, 2007).

Para determinar o grao de AF neste estudo utilizouse a versión curta, que contén sete preguntas dos “últimos 7 días”, e que avalía á poboación en 3 características específicas de actividade:

- a. **intensidade** (baixa, moderada e alta ou vigorosa)
- b. **frecuencia** (medida en días por semana)
- c. **duración** (tempo por día).

A actividade física semanal mídese a través do rexistro en MET-min-semana, polo tanto o MET (Metabolic Equivalent of Task) vai ser a unidade de medida do índice metabólico (**3,5 ml O₂/kg x min**) que nos di o consumo mínimo de osíxeno que o organismo necesita para manter as súas constantes vitais (metabolismo basal) e convertírase na medida de descrición da carga de traballo realizada nun esforzo físico.

A actividade física semanal mídese a través do rexistro en MET-min-semana e os valores MET de referencia que foron utilizados para a análise dos datos do IPAQ:

- Para camiñar: 3,3 MET.
- Para a actividade física moderada: 4 MET.
- Para a actividade física vigorosa: 8 MET.

Táboa 7. Intensidades e gasto enerxético dos tipos máis habituais de actividade física.

INTENSIDADE	ACTIVIDADE	MET's
BAIXA	Pasar o ferro	2,3
	Limpar na casa	2,5
	Andar ou pasear a 3-4 km/h	2,5
MODERADA	Pintar/Decorar	3,0
	Andar a 4-6 km/h	3,3
	Pasar a aspiradora	3,5
	Golf (camiñando, sacando paus)	4,3
	Bádminton (por diversión)	4,5
	Tenis (dobres)	5,0
	Andar a paso lixeiro, a > 6 km/h	5,0
	Cortar a herba	5,5
	Ir en bici a 16-19 km/h	6,0
VIGOROSA	Baile aeróbico	6,5
	Ir en bici a 19-22 km/h	8,0
	Nadar estilo crol lento, a 45 m/min	8,0
	Tenis (individuais)	8,0
	Correr a 9-10 km/h	10,0
	Correr a 10-12 km/h	11,5
	Correr a 12-14 km/h	13,5

Fonte: Datos baseados no “Compendium of physical activities” (Ainsworth et al, 2000).

II PARTE: ESTUDO PRÁCTICO

Pódese consultar a táboa tipificada que define as actividades físicas e os seus niveis MET co fin de avaliar de forma aproximada a intensidade da actividade (táboa 7) cos valores METs de referencia (Ainsworth et al., 2000). Despois clasifícase á poboación en 3 categorías (AF Alta, Moderada e Baixa) segundo o valor final que corresponde ao produto da intensidade (en MET), frecuencia e duración da actividade, considerando cos criterios da táboa 8.

Táboa 8. Criterios do IPAQ para clasificación das categorías de AF.

ACTIVIDADE FÍSICA / IPAQ	
Categoría 3 ALTA	Se cumple algún criterio: a. Actividades de intensidade vigorosa alomenos 3 días/semana sumando un mínimo total de AF de polo menos de 1.500 MET/min./semana . b. 7 ou máis días de calquer combinación de andar, intensidade moderada ou actividades de intensidade vigorosa sumando un mínimo total de AF de alomenos 3000 MET/minutos/semana .
Categoría 2 MODERADA	Se cumple algún destes criterios: a. 3 ou máis días de actividade física de intensidade vigorosa polo menos 20 min/día. b. 5 ou máis días de intensidade moderada e/ou camiñar alomenos polo menos 30 min/día. c. 5 ou máis días de calquer combinación de camiñar, actividade de intensidade moderada e actividade de intensidade vigorosa sumando un mínimo total de AF de alomenos 600 MET/minutos/semana .
Categoría 1 BAIXA	Os/as participantes que non podemos situar nos criterios das anteriores categorías.

Fonte: Cuestionario internacional de actividad física IPAQ. <https://sites.google.com/site/theipaq/>

7.4.2.4. Adherencia á Dieta Mediterránea

Un dos aspectos que máis inflúen na saúde é o comportamento alimentario, por tanto, debemos coñecer os hábitos de alimentación para abordar estratexias que favorezan un cambio de tendencia cara a unha conduta alimentaria máis saudable.

Desta maneira, sabendo os alimentos inxeridos e a frecuencia con que se consomen, poderanse planificar programas de intervención para mellorar o estado nutricional da poboación.

Hoxe en día, para saber a calidade da dieta, hai diferentes tipos de índices que avalían aspectos nutricionais que se asocian cun mellor estado de saúde; neste traballo o patrón alimentario vai ser a dieta mediterránea. Analizaremos o consumo de produtos típicos da dieta mediterránea (cereais, legumes, froitos secos, froitas, verduras, peixe, aceite de oliva ...) a frecuencia e hábitos negativos desta comunidade.

A dieta mediterránea (DM) é un dos modelos dietéticos máis saudables que existen actualmente (Serra-Manjem et al., 2003), debido a que non só garantiza un aporte calórico e de nutrientes en cantidades suficientes e proporcións adecuadas, senón que ademáis, contribúe á prevención de enfermidades cardiovasculares, diabetes, cancro, enfermidades dexenerativas e, en xeral, a unha maior esperanza de vida (Hu FB, 2003; Sofi et al., 2008), evidenciándose que un pequeno incremento na adhesión á dieta mediterránea (ADM) leva una redución significativa no risco de mortalidade, e na incidencia das enfermidades mencionadas (Sofi et al., 2010).

Para determinar o grao de ADM segundo a poboación de estudo, utilizóuse o test Kidmed, que permite identificar hábitos alimentarios pouco saudables e por tanto, con risco de deficiencias e/ou desequilibrios nutricionais (Serra-Majen et al., 2003).

O test consta de 16 preguntas, unhas con connotacións positivas con respecto á ADM e ás que se lle asigna o valor +1, e outras con connotacións negativas ás que se lle asigna o valor -1. A partir da suma dos valores obtidos determínase a ADM, establecéndose tres niveis de adhesión (Serra-Manjem, 2004), segundo a súa puntuación total: Baixa: ≤ 3 , Media: de 4 a 7 e Óptima: ≥ 8 .

II PARTE: ESTUDO PRÁCTICO

Este índice foi contrastado en varias poboacións infantís, adolescentes e xuvenís tanto españolas (Cabrero et al., 2012) como europeas (Lazarou et al., 2009) e foi empregado previamente con poboación universitaria (Durá e Castroviejo, 2011; De la Montaña et al., 2012; Perez-Gallardo et al., 2015) e adulta (Villalón et al., 2012; Cházaro-Molina e Muñoz-Cano, 2015) polo que se trata dun instrumento que permite a comparación entre estudos respecto á ADM.

7.4.2.5. Percepción de Saúde e Calidade de Vida relacionada coa Saúde

Tradicionalmente, a avaliación da saúde estivo baseada en indicadores obxectivos (ex. bioquímicos, fisiolóxicos e anatómicos); agora, o enfoque moderno da saúde que deriva do concepto de completo benestar físico, mental e social proposto pola OMS, xa non está centrado soamente na ausencia de doenzas ou enfermidades, senón que incide na necesidade de incluír avaliacións tanto obxectivas como subxectivas (Tuesca-Molina, 2005). Nesta valoración entran tamén os aspectos psicolóxicos que incidan na saúde e o benestar (Vera-Villarroel, 2012; De la Cruz-Sánchez, 2013).

Neste estudo para coñecer a saúde autopercebida e determinar a CVRS utilizouse a versión do SF-12, versión máis curta do SF-36 (Short Form 36 Health Survey), que é un dos instrumentos máis empregados para a medición da saúde da poboación en xeral (Ware et al., 2005).

Trátase dun instrumento xenérico, aplicable tanto á poboación xeral como en doentes con diferentes enfermidades. Ten como principal vantaxe a súa brevidade porque pode ser respostado en menos de 2 minutos. Consta soamente de 12 ítems que permiten calcular dúas puntuacións, o Compoñente Sumario Físico (CSF) e o Compoñente Sumario Mental (CSM), medidas resumo do estado de saúde (Vilagut et al., 2008).

En 1991, o proxecto IQOLA (International Quality of Life Assessment) fixo, unha “Avaliación Internacional de Calidade de Vida” para poder medir dunha maneira xeral e resumida o estado de saúde dunha persoa ou poboación. Nesta avaliación os obxectivos principais foron traducir, adaptar e validar a aplicabilidade intercultural do SF-36, así, utilizando este test podemos facer comparacións entre outros ensaios clínicos e estudos internacionais de saúde. (Aaronson et al., 1992)

A **saúde percibida** obténse a partir da 1ª pregunta do SF-12, “¿En xeral, vostede diría que a súa saúde é ?”, na que hai cinco opcións de resposta: *Excelente, Moi boa, Boa, Regular e Mala*, considerando, a efectos da análise, como ausencia de boa saúde, ás persoas que manifestaron ter unha saúde *Regular e Mala*. Esta primeira pregunta está referida a un período de tempo concreto que son as 4 últimas semanas, recordándolle ao participante que dea unha resposta que resuma a saúde nese período e non só do mesmo momento de cando estea a facer a enquisa.

A **CVRS** é un concepto moi amplo que está centrado en avaliar a influencia subxectiva do estado de saúde e que está moi determinado pola saúde física, saúde mental e as relación sociais co seu entorno. Os resultados da CVRS foron obtidos do cuestionario SF-12, que consta de 12 ítems e permitiu calcular 2 puntuacións: o **Compoñente Sumario Físico (CSF)** e **Compoñente Sumario Mental (CSM)**. A poboación de referencia (España) ten unha puntuación media de 50, cunha desviación estándar de 10.

7.4.2.6. Consumo de Alcohol

A mellor maneira de coñecer o padrón de consumo de bebidas alcohólicas é mediante unha enquisa. Neste caso, para medir o consumo de alcohol da comunidade universitaria utilizamos a autodeclaración, consistente en preguntar a frecuencia do consumo e a cantidade de alcohol que consome habitualmente cada participante.

Con esta información teremos unha medida global do consumo e vai permitir coñecer o padrón de consumo da poboación enquisada (Giovannucci, et al., 1991; Midanik, 1989).

Para poder describir o cambio de comportamento, decidíuse separar o consumo en dous períodos: días laborables (de lunes a venres), e fin de semana (sábado e domingo). O cuestionario permite coñecer o consumo de alcohol facendo referencia a “toda a súa vida”, tanto en días laborables como en fins de semana, cando comezou e cando deixou de beber alcohol.

Nos últimos anos, a forma de calcular os gramos de alcohol mudou para o concepto de **Unidade de Bebida Estándar (UBE)**; na poboación española, a UBE, estableceuse en 10 gr, (táboa 9), que corresponde a una consumición de cervexa ou viño e a media consumición de destilados (Rodríguez-Martos et al., 1999).

II PARTE: ESTUDO PRÁCTICO

Táboa 9. *Bebidas máis habituais coa súa correspondencia en UBE.*

Bebida /cantidade alcohol (UBE)			
1 caña cervexa	1 vaso viño	1 chupito	1 cubata
1 UBE	1 UBE	1 UBE	2 UBE
250 ml	100 ml	31 ml	62,5 ml
(10gr alcohol)	(10gr alcohol)	(10gr alcohol)	(20gr alcohol)

Fonte: datos tirados de Rodriguez-Martos et al., 1999.

Para clasificar aos individuos (táboa 10), seguirónse as indicacións do *Ministerio de Sanidad y consumo* (Prevención de los problemas derivados del alcohol 2008) e da *Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria* (Aubà et al., 2000):

Táboa 10. *Clasificación segundo o consumo de alcohol, en g e UBE.*

Clasificación segundo o consumo de ALCOHOL	
Abstemio/a – Non bebedor/a	Persoa que non consumiu alcohol nos últimos 12 meses, ou que nunca consome alcohol decotío, aínda que tome algunha cantidade de maneira moi ocasional. (criterio epidemiolóxico)
Bebedor/a moderad/a ou de baixo risco	Persoa que consome alcohol de forma habitual pero por debaixo do límite de risco: <ul style="list-style-type: none"> - Homes: ≤ 280 g/semana ou ≤ 28 UBE. - Mulleres: ≤ 168 g/semana ou ≤ 17 UBE.
Bebedor/a de risco	<ul style="list-style-type: none"> a. Persoa cuxo consumo semanal de alcohol supera o límite de risco: <ul style="list-style-type: none"> - Homes: 280 g/semana ou > 28 UBE. - Mulleres: 168 g/semana ou > 17 UBE. b. Persoa que consume 5 ou máis UBE por ocasión de consumo alomenos 1 vez á semana, durante o último mes.

Fonte: Ministerio de Sanidad y Consumo (Prevención de los problemas derivados del alcohol 2008) e da *Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria* (Aubà et al., 2000).

7.4.2.7. Consumo de Tabaco

Fumar tabaco é a causa illada máis importante de morte prematura nos países desenvolvidos. Asimesmo é a primeira causa evitable de enfermidade, incapacidade e morte nas sociedades industriais (Fernandez et al., 1999).

Segundo o Grupo do Programa de Actividades Preventivas e da Promoción da Saúde (PAPPS) “Aproximadamente, o 80% do exceso de mortalidade atribuída ao tabaco está relacionada coas enfermidades cardiovasculares, o cancro de pulmón e a enfermidade pulmonar obstrutiva crónica (EPOC). Aínda que o risco relativo do consumo de tabaco é moito maior para os cancros que para as enfermidades cardiovasculares, o risco atribuíble poboacional é moi superior para estas últimas (case un 50% das mortes atribuíbles ao tabaco son de causa cardiovascular). Ademais foi relacionado con outras enfermidades. Non existe un nivel mínimo de consumo sen risco. De igual forma, o deixar de fumar produce unha diminución do risco de morte por estas causas, que aos 10 o 15 anos, case se iguala ao dos non fumadores” (Cordoba, et al., 2012).

Trátase de coñecer, vía cuestionario, a prevalencia do consumo de tabaco, facendo referencia a “toda a súa vida”; desta maneira, podemos abordar estratexias que permitan un cambio no hábito de fumar tabaco.

Tamén se recolleron a información para os fumadores e exfumadores de variables como a intensidade e a frecuencia (número de cigarros/día que fuman, ou fumaban, e a idade que comezaron ou deixaron de fumar).

Para este traballo establécense as seguintes categorías:

- a. **Non fumador/a:** persoa que non fuma nin fumou de maneira habitual, ou que fumou menos de 100 cigarros ao longo da súa vida.
- b. **Fumador/a ocasional:** persoa que na actualidade fuma, pero non diariamente.
- c. **Fumador/a habitual:** persoa que fuma diariamente 1 ou máis cigarros.
- d. **Ex-fumador/a:** persoa que non fuma actualmente, pero fumou algunha vez a diario nunha época anterior a seis meses.

7.4.3. Proba Piloto

Unha vez elaborado o cuestionario na súa versión impresa, e antes de pasar á plataforma, realizouse unha proba piloto seleccionando a un grupo de técnicos e persoal do Servizo de Deportes da USC para testar e ter algunha opinión ao respecto, como:

- Saber o tempo aproximado que leva encher o cuestionario.
- Coñecer as opinións dos enquisados, obtendo unha crítica constructiva acerca da estrutura do cuestionario.
- A través das ideas aportadas polos enquisados, facer unha valoración de suprimir, redeseñar ou mellorar determinados contidos.
- Determinar cal sería o mellor momento para enviar o cuestionario (evitar vacacións, períodos de exame, etc.).

7.5. Análise Estatística

Unha vez rematado o traballo de campo, procedéuse á introducción, depuración e preparación dos datos obtidos nunha base de datos, para así poder realizar a correspondente análise estatística.

7.5.1. Soporte Informático

Todas as universidades teñen unha plataforma de seu, na que se puxo o cuestionario on line e se recolleron os datos nunha folla Excel. Finalmente xuntáronse os datos das 3 universidades facendo unha base de datos conxunta.

Coa obtención dos datos e variables principais fíxose unha base de datos con toda a información, numerando de menor a maior, onde se rexistraron as variables (idade, estudos, sexo, grupo, campus...) e apuntando os resultados para o seu estudo e análise.

Os programas utilizados foron Microsoft Excel como programa de recollidas dos datos, SPSS (versión 20.0) e R (versión 3.3.1) para realizar as análises estatísticas.

7.5.2. Potencia do estudo

No referente a inseguridade debida ao erro aleatorio, con este tamaño mostral, conséguese unha marxe de erro inferior ao 5% na estimación dunha proporción (p) incluso no caso de maior varianza poboacional ($p = 0,5$) cun nivel de confianza do 95%.

7.5.3. Estatística

Os resultados expresáanse en medias e desviación estándar (DE) no caso de variables cuantitativas e en frecuencias absolutas (porcentaxes) para variables cualitativas. Para verificar asociación entre variables cualitativas utilizóuse a proba Chi-cuadrado para táboas de continxencia RxS e o test exacto de Fisher para táboa 2x2.

Para a comparación de variables cuantitativas entre grupos independentes utilizóuse o test ANOVA dunha vía, no caso de normalidade, ou o test non paramétrico de Kruskal-Wallis no caso de que non a haxa.

Para avaliar a influencia dos estilos de vida (Obesidade, Actividade Física, Adherencia á Dieta Mediterránea e consumo de Alcohol e Tabaco) sobre a CVRS relacionada coa saúde física e mental, axustando pola idade e sexo, utilizáronse modelos de regresión lineal múltiple.

Todas as probas realizadas son bilaterales e considerouse un nivel de significación do 0,05. Para realizar as análises estatísticas utilizóuse o paquete estadístico SPSS (IBM) para Windows versión 20.0.

7.5.4. Imputacións e eliminacións

En 5 casos, nos que faltaba a altura (id 21 EST H, 79 PAS M, 97 EST M, 171 PDI M, e 218 PDI M) e nun caso que faltaba o peso corporal (id 251 EST M), realizouse imputación

II PARTE: ESTUDO PRÁCTICO

mediante o procedemento de ecuacións encadeadas *Chained Equations* (Buuren & Groothuis-Oudshoorn, 2011).

Usouse o paquete MICE: Multivariate Imputation by Chained Equations in R, software libre e dispoñible na web CRAN-R.

Elimínouse un caso onde faltaban os datos do test SF12.

7.6. Consideracións Éticas

Neste estudo cumpríronse os criterios e principios éticos establecidos na investigación en ciencias da saúde e que constan na Declaración de Helsinki da *Asociación Médica Mundial* (AMM, 2013), preservando o anonimato dos participantes e a confidencialidade dos datos recollidos.

A participación neste estudo foi voluntaria; previamente, aos participantes se lles mandou unha carta dos vicerreitores das tres universidades onde se lles explicaba en que consistía o estudo e tamén se lles animaba a participar (anexo 1).

A identidade dos participantes non foi revelada en ningún informe deste estudo e non se difundiron nin difundirá ningunha información que lles identifique, cumprindo estritamente a Lei Orgánica 15/1999, de 13 de decembro, de Protección de Datos de Carácter Persoal (BOE N°298) que garante e protexe, no que concerne ao tratamento dos datos persoais, as liberdades públicas e os dereitos fundamentais das persoas físicas, especialmente do seu honor e intimidade persoal e familiar.

7.7. Difusión dos Resultados

A difusión dunha parte dos resultados desta tése están presentados en dous relatorios e un artigo de revista publicado, que a continuación se relacionan:

- **Relatorio:** “A Qualidade de Vida relacionada com a Actividade Física e outros hábitos na Comunidade Universitária da Galiza”. Nas *II Jornadas de Desporto*

Universitário Galaico-Duriense: Universidade Ativa. Estratégias, modelos e sustentabilidade, organizada pola Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro (UTAD), en Vila Real (Portugal), 3 de febreiro de 2016 (anexo 3).

- **Relatorio:** “Calidad de vida relacionada con la salud y actividad física en los estudiantes universitarios de Galicia”, no *XII Congreso Internacional de Ciencias do Deporte e a Saúde*, en Pontevedra, 3 de xuño de 2016 (anexo 4).
- **Artigo:** “*Calidad de Vida relacionada con la Salud y su relación con la Adherencia a la Dieta Mediterránea y la Actividad Física en universitarios de Galicia* ” na revista *Nutrición Clínica y Dietética Hospitalaria* (Cadarsó et al., 2017), que se pode ver no anexo 5.

CAPÍTULO 8

RESULTADOS

8.1. Resultados Estudiantes

8.1.1. Descrición da Mostra en Estudantes

Na análise da distribución da mostra, segundo o sexo, as mulleres (táboa 11) representan un 62% e o homes un 38%. Esta distribución podemos dicir que é similar á do SUG (Sistema Universitario Galego), na que as mulleres representan o 55% e os homes o 45%. Coa excepción do Campus de Ourense e o Campus de Pontevedra, onde a porcentaxe de homes e mulleres é similar, conséntase unha maior presenza de mulleres no resto dos campus, onde as mulleres están nun 60-65%.

8.1.2. Variables Sociodemográficas en Estudantes

No estudo global das variables sociodemográficas por sexo, observamos que os valores obtidos para as medidas antropométricas presentaron unha idade similar ($p=0,115$), e no peso ($p=0,001$), altura ($p=0,001$), e IMC ($p=0,001$), significativamente maior nos homes.

Táboa 11. Distribución das variables sociodemográficas: Idade, Peso, Altura e Índice de Masa Corporal, en Estudantes

	HOMES n=166 (38%)				MULLERES n=273 (62%)				
	media	DE	mediana	mín.-máx.	media	DE	mediana	mín.-máx.	p
IDADE (anos)	24,6	6,7	23,0	18-55	23,7	5,3	22	18-53	0,115
PESO (Kg)	75,3	11,5	74	49-113	60,9	10,1	59	36-110	<0,001
ALTURA (cm)	177	7,6	178	155-198	165	5,9	164	150-180	<0,001
IMC (Kg/m ²)	23,8	3,1	23,2	15,3-33,0	22,5	3,4	22,0	15,3-41,4	<0,001

II PARTE: ESTUDO PRÁCTICO

A media de idade dos homes foi de 24,6 anos mentras que a de as mulleres foi de 23,7 anos, O peso medio en homes foi de 75,3 kg e o das mulleres 60,9 kg; o mesmo ocorre coa altura, xa que a media dos homes foi de 177 cm, e nas mulleres de 165 cm, e coa variable do IMC, onde a media en homes foi 23,8 Kg/m², presentando un rango de 15,3 a 33,0 Kg/m² e a media en mulleres foi de 23,8 Kg/m², cun rango de 15,3 a 41,4 Kg/m².

Todos estes resultados antropométricos podémolos ver na (táboa 11) e de forma gráfica no Box-Plot (figura 33).

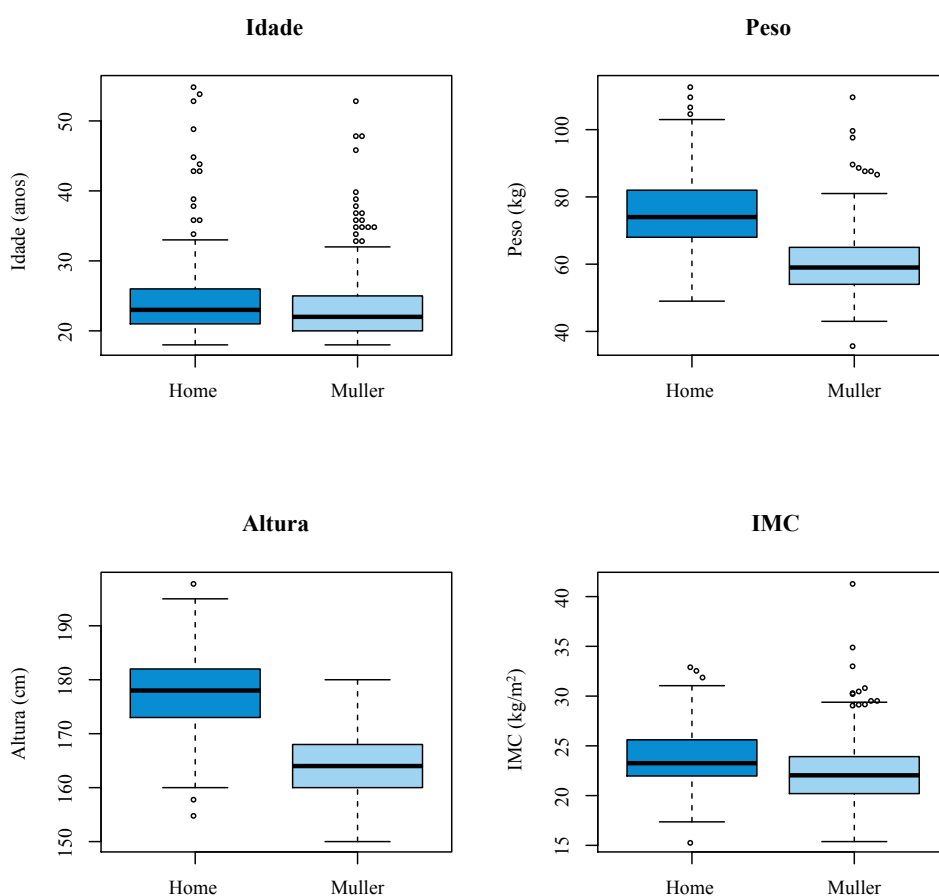


Figura 33. Boxplot das variables sociodemográficas: Idade, Peso, Altura e Índice de Masa Corporal por homes e mulleres, en Estudantes

Feita a *Proba de Kruskal - Wallis* coa variable de asociación *Universidade*, non se detectaron diferenzas estatisticamente significativas en idade, peso, altura, e IMC.

8.1.3. Estilos de Vida en Estudiantes

8.1.3.1. Grao de Obesidade en Estudiantes

No que respecta ao IMC, a pesar de que a maioría dos individuos da mostra son Normopeso, conséntase que hai unha certa porcentaxe de universitarios con Sobre peso e Obesidade, sobre todo nos homes fronte ás mulleres (Sobre peso: homes 24,7% e mulleres 14,2%; e Obesidade: homes 6,0% e mulleres 3,3%) e no referente ao Baixo Peso é maior nas mulleres cun 7,0% fronte a un 2,4% dos homes (táboa 12). Existindo diferenzas significativas por sexo ($p=0,005$).

Táboa 12. Grao de Obesidade en Estudiantes. Estudio Global por Sexo, en Estudiantes

Grao de Obesidade	HOMES n=166 (38%)						MULLERES n= 273 (62%)						p
	n	%	media	DE	mediana	mín.-máx.	n	%	media	DE	mediana	mín.-máx.	
BAIXO PESO	4	2,4	17,1	1,2	17,4	15,3-18,1	19	7,0	17,6	0,7	17,8	15,3-18,4	0,005
NORMOPESO	111	66,9	22,3	1,5	22,6	15,4-25,0	206	75,5	21,6	1,7	21,5	18,52-24,84	
SOBREPESO	41	24,7	26,7	1,3	26,7	25,1-29,8	39	14,2	27,0	1,4	26,7	25,10-29,75	
OBESIDADE	10	6,0	31,1	1,0	30,9	30,0-33,0	9	3,3	32,6	3,6	31,2	30,11-41-40	
TOTAL	166	100	23,8	3,1	23,2	15,3-33,0	273	100	22,5	3,4	22,0	15,3-41,4	

Nota: Baixo peso ($IMC < 18,5 \text{ Kg/m}^2$), Normopeso ($IMC 18,5-24,9 \text{ Kg/m}^2$), Sobre peso ($IMC 25-29,9 \text{ Kg/m}^2$) e Obesidade ($IMC > 30 \text{ Kg/m}^2$)

8.1.3.2. Nivel de Actividade Física en Estudiantes

A partir do Índice Enerxético, medida en MET, que se obtivo a partir da intensidade, duración e frecuencia da actividade física que declararon os participantes no IPAQ, clasificamos aos individuos en tres tipos de actividade física: Baixa, Moderada e Alta.

II PARTE: ESTUDO PRÁCTICO

Os resultados dos niveis de actividade física da mostra (táboa 13) dan unha maior *Actividade Física Alta* nos estudantes homes (56,1%) que nas mulleres (41,4%) e en *Actividade Física Moderada e Baixa* as mulleres teñen puntuacións máis altas que os homes, alcanzando as diferenzas de significación estatística ($p=0,010$).

Táboa 13. Nivel de Actividade Física por Sexo, en Estudantes

ACTIVIDADE FÍSICA	HOMES n=166 (38%)		MULLERES n=273 (62%)		p
	n	%	n	%	
BAIXA	19	11,5	47	17,2	0,010
MODERADA	54	32,5	113	41,4	
ALTA	93	56,1	113	41,4	

A actividade física semanal mídese a través do rexistro en met/min./semana. **AF Baixa** menos de 600 met, **AF Moderada** 600-1.500 met e **AF Alta** cando acumulen alomenos 1.500 met con AF Vigorosa en 3 ou máis días ou cando alcanzen alomenos 3.000 met coa combinación de Camiñar + AF Moderada.

8.1.3.3. Nivel de Adherencia á Dieta Mediterránea en Estudantes

Con respecto á clasificación de ADM (táboa 14) existe unha asociación significativa entre a ADM e sexo ($p=0,023$), tendo as mulleres unha maior adherencia.

Táboa 14. Nivel de Adherencia á Dieta Mediterránea por Sexo, en Estudantes

ADHERENCIA DIETA MEDITERRÁNEA	HOMES n=166 (38%)		MULLERES n=273 (62%)		p
	n	%	n	%	
BAIXA	40	24,1	38	14,0	0,023
MEDIA	77	46,4	138	50,5	
ÓPTIMA	49	29,5	97	35,5	

Níveis de adherencia: baixa (puntuación total ≤ 3), media (4 - 7) e óptima (≥ 8).

Ao estudar as respostas emitidas polos participantes de ambos sexos a cada pregunta do test KidMed (figura 34), mediante o test exacto bilateral de Fisher, únicamente se evidenciaron diferenzas significativas entre ambos sexos en 4 respostas dos 16 ítems (preguntas 3, 4, 8 e 14) de forma que a porcentaxe de mulleres que toman verduras unha vez/día é significativamente maior que a dos homes ($p=0,003$), a porcentaxe de mulleres que toman verduras máis dunha vez/día é significativamente maior ao dos homes ($p=0,009$), a porcentaxe de homes que toman pasta ou arroz 5 veces ou máis/semana é significativamente maior que a das mulleres ($p=0,001$) e a porcentaxe de homes que almorzan bolaría industrial é significativamente maior que a das mulleres ($p=0,003$).

Hai que destacar que as preguntas 9 e 10 non evidenciaron diferenzas significativas pero detectóuse unha tendencia á significación, polo tanto debemos ter en conta que a porcentaxe de mulleres que almorzan un cereal ou derivados é maior que a dos homes ($p=0,064$) e que a porcentaxe de homes que toman 2 froitos secos, alomenos 2 veces/día é maior á das mulleres ($p=0,099$).

Entre os aspectos positivos da dieta, sinalar que unha porcentaxe moi alta declara que no almorzo toman un lácteo e un cereal ou derivado, consomen unha peza de froita diaria e practicamente todos utilizan aceite de oliva para cociñar.

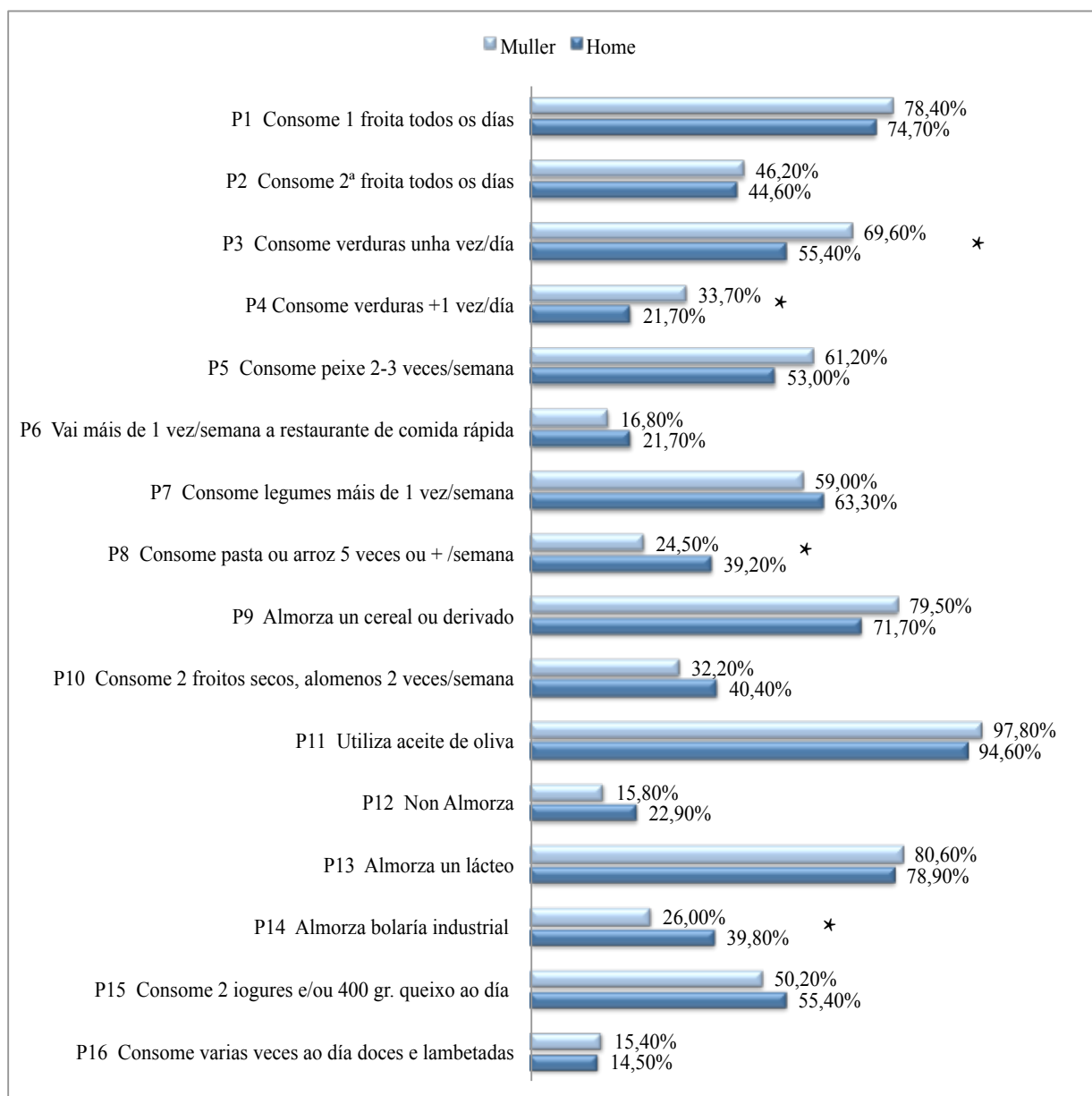


Figura 34. Respostas do **TEST KIDMED**, en Estudantes. (*) *Diferenzas estadisticamente significativas ($p \leq 0,05$) nos items 3, 4, 8 e 14, entre homes e mulleres.*

Unha porcentaxe alta declara o consumo de verduras unha vez ao día, un pouco máis da metade declaran o consumo de 2 iogures e/ou 400 g de queixo ao día, comen legumes máis dunha vez á semana e peixe de 2 a 3 veces semanas. A metade toman unha segunda peza de froita, 2 froitos secos, 2 veces á semana, e un pouco máis da cuarta parte dos participantes consomen pasta e arroz, 5 ou máis veces á semana, e consomen verduras máis dunha vez ao día. Polo contrario, obtiverónse porcentaxes a ter en conta, para as

preguntas con connotación negativa e que supoñen un afastamento da ADM como son ir semanalmente a restaurantes de comida rápida (mulleres 16,8% e homes 21,7%), non almorzar (mulleres 15,8% e homes 22,9%), almorzar habitualmente bolaría industrial (mulleres 26% e homes 39,8%) e tomar varias veces ao día doces ou lambetadas (mulleres 15,4% e homes 14,5%).

8.1.3.4. Consumo de Alcohol en Estudiantes

8.1.3.4.1. Categorías pola frecuencia de consumo de alcohol

Podemos observar (táboa 15), as 6 categorías (Non bebedor/a, Ocasional, Ex-bebedor/a, Fin de semana, Días laborables e Todos os días), resultantes da primeira pregunta do cuestionario sobre alcohol, *Con qué frecuencia bebe algún tipo de bebida alcohólica ?*.

Táboa 15. Categorías de Consumo de Alcohol por Sexo, en Estudiantes

Categorías Consumo de Alcohol	HOMES n=166 (38%)		MULLERES n=273 (62%)		p
	n	%	n	%	
Non bebedor/a	37	22,3	60	22,0	0,221
Ocasional	60	36,2	115	42,1	
Ex-bebedor/a	8	4,8	10	3,7	
Fin de semana	43	25,9	68	24,9	
Días laborables	5	3,0	12	4,4	
Todos os días	13	7,8	8	2,9	

Polos datos da táboa pódese observar unha forma de consumo de alcohol que é moi similar en estudantes homes e mulleres.

II PARTE: ESTUDO PRÁCTICO

8.1.3.4.2. Agrupamento en Bebedores/as e Non Bebedores/as, en Estudantes

Neste apartado haberá dous grupos formados polas categorías anteriores (táboa 15) que se chamarán Bebedores/as e Non Bebedores/as, quedando da seguinte maneira:

- **Bebedores/as:** Fin de semana, Días Laborables e Todos os días,
- **Non Bebedores/as:** Non Bebedores/as, Ocasional e Ex-Bebedores/as.

Como podemos observar (táboa 16) a porcentaxe dos estudantes universitarios que habitualmente son consumidores de bebidas alcohólicas é dun 36,7 % para os homes e 32,2 % para as mulleres.

Táboa 16. Clasificación de Alcohol 2 categorías, en Estudantes

CONSUMO ALCOHOL	HOMES n=166 (38%)		MULLERES n=273 (62%)		p
	n	%	n	%	
Non Bebedor/a	105	63,3	185	67,8	0,333
Bebedor/a	61	36,7	88	32,2	

Como vemos na (táboa 16), non existen diferenzas significativas ($p=0,333$) entre o sexo e o consumo de alcohol.

8.1.3.4.3. Padrón de Consumo

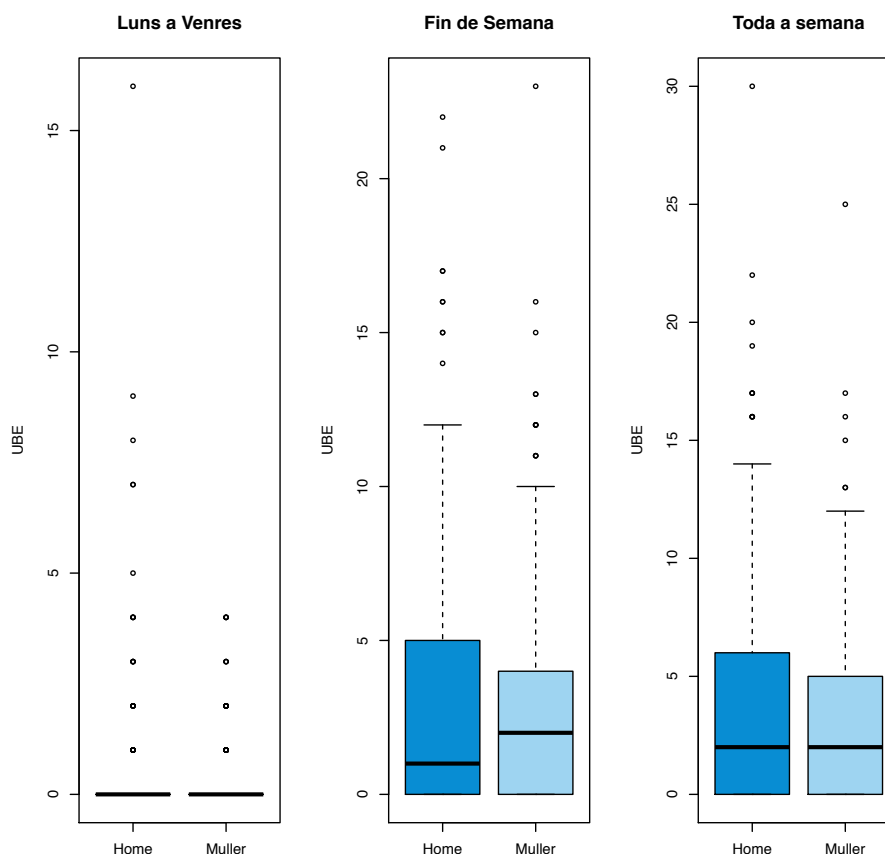
En relación co padrón de consumo de alcohol (táboa 17), os hábitos son similares para homes e mulleres durante a fin de semana, pero ao longo da semana, os homes consumen maior cantidade de alcohol cas mulleres ($p=0,015$).

Táboa 17. Consumo medio de UBE en Estudiantes, por Sexo.

Consumo medio de UBE	HOMES n=166 (38%)				MULLERES n=273 (62%)				p
	media	DE	mediana	mín./máx.	media	DE	mediana	mín./máx.	
UBE Luns a Venres	0,64	1,90	0	0-16	0,26	0,71	0	0-4	0,015
UBE Fin de Semana	3,42	4,65	1,0	0-22	2,91	3,61	2,0	0-23	0,224
UBE Total	4,06	5,40	2	0-30	3,17	3,86	2,0	0-25	0,064

UBE (Unidade de Bebida Estándar) = 10 g de alcohol

Todos estes resultados de consumo medio de UBE por sexo, en estudantes, podémolos ver de forma gráfica na figura 35.

*Figura 35. Padrón de consumo en UBE por Sexo, en Estudiantes.*

Nota: UBE (Unidade de Bebida Estándar) = 10 g de alcohol

8.1.3.4.4. Clasificación de bebedores/as moderados/as e de risco en Estudantes

Polos datos da táboa 18 pódese observar que o consumo semanal de alcohol, medido en UBE, é igual en homes e mulleres. Destacar a alta porcentaxe de moderados e a baixísima % en Bebedores/as de risco.

Táboa 18. Clasificación de Alcohol segundo o consumo de UBE, en Estudantes

Clasificación segundo o consumo	HOMES n=166 (38%)		MULLERES n=273 (62%)		p
	n	%	n	%	
Abstemio/a	60	36,1	99	36,3	0,938
Moderado/a	105	63,3	173	63,3	
Risco	1	0,6	1	0,4	

Abstemio/a – Non bebedor/a: persoa que non consumiu alcohol nos últimos 12 meses, ou que nunca consome alcohol decotío, aínda que tome algunha cantidade de maneira moi ocasional. (criterio epidemiolóxico).

Bebedor/a moderad/a ou de baixo risco: persoa que consome alcohol de forma habitual pero por debaixo do límite de risco (Homes: ≤ 280 g/semana ou ≤ 28 UBE e Mulleres: ≤ 168 g/semana ou ≤ 17 UBE).

Bebedor/a de risco: Persoa cuxo consumo semanal de alcohol supera o límite de risco (Homes: 280 g/semana ou > 28 UBE e Mulleres: 168 g/semana ou > 17 UBE) ou persoa que consume 5 ou máis UBE por ocasión de consumo alomenos 1 vez á semana, durante o último mes.

8.1.3.4.5. Idade media de comezo e abandono do consumo de alcohol en Estudantes

A idade media dos estudantes, tanto homes coma mulleres, coa que comezaron a beber alcohol foi aos 16 anos, e mentras que os homes que deixaron de beber aos 20 anos, as mulleres deixaron de beber aos 23 anos.

8.1.3.5. Consumo de Tabaco en Estudiantes

8.1.3.5.1. Categorías pola frecuencia de consumo de Tabaco

Podemos observar, na táboa 19, as catro categorías (Non fumador/a, Ocasional, Fumador/a e ex-fumador/a) resultantes da primeira pregunta do cuestionario sobre o Tabaco, *Fumou algunha vez ?*.

Os que fuman de maneira ocasional representan un 16,9% en homes e un 12,8% en mulleres e os que se declaran abertamente fumadores son un 13,9% en homes e un 9,9% en mulleres.

Non se observan diferenzas estatisticamente significativas entre a porcentaxe de homes e mulleres nas distintas categorías ($p=0,320$). O sexo e os hábitos de consumo de tabaco son independentes.

Táboa 19. Categorias de Consumo de Tabaco en Estudiantes, por Sexo.

CONSUMO TABACO	HOMES n=166 (38%)		MULLERES n=273 (62%)		p
	n	%	n	%	
Non fumador/a	104	62,7	190	69,6	0,320
Ocasional	28	16,9	35	12,8	
Fumador/a	23	13,9	27	9,9	
Ex-fumador/a	11	6,6	21	7,7	

8.1.3.5.2. Agrupamento en fumadores/as e non fumadores/as

Agrupando as catro categorías anteriores en dous grupos (táboa 20):

II PARTE: ESTUDO PRÁTICO

- **Fumadores/as** : formado por Fumadores/as e Ocasionais.
- **Non Fumadores/as**: formado por Non Fumadores/as e Ex-Fumadores/as.

a porcentaxe de estudantes homes que non fuman é dun 69,3 % (non fumadores 62,7% + ex-fumadores 6,6%), mentras que as mulleres que non fuman (non fumadoras 69,6% + ex-fumadoras 7,7%), representan un 77,3% ($p=0,063$).

Táboa 20. Clasificación de Tabaco en Estudantes, 2 categorías.

CONSUMO TABACO	HOMES n=166 (38%)		MULLERES n=273 (62%)		p
	n	%	n	%	
Non Fumador/a	115	69,3	211	77,3	0,063
Fumador/a	51	30,7	62	22,7	

Fumadores/as (Fumadores/as + Ocasionais) e *Non Fumadores/as* (Non Fumadores/as + Ex- Fumadores/as).

8.1.3.5.3. Consumo medio de Cigarros / día en Estudantes

A media de cigarros/día para os estudantes Fumadores/as habituais (Fumadores/as + Ocasionais) é de **homes 5 cigarros/día** de media e as **mulleres 6**.

Dado de non existen diferenzas estatísticas significativas ($p=0,657$), pódese dicir que os homes e mulleres fuman practicamente o mesmo.

8.1.3.5.4. Idade media de comezo e abandono do consumo de tabaco en Estudantes

A idade media dos estudantes, tanto homes coma mulleres que comezaron a fumar foi de **17 anos**, os homes que deixaron de fumar aos **26 anos** e as mulleres aos **22 anos**.

8.1.4. Percepción de Saúde e CVRS en Estudantes

8.1.4.1. Percepción de Saúde en Estudantes

A Percepción da Saúde é unha autovaloración que cada individuo fai sobre a súa propia saúde, e foi obtida da primeira pregunta do cuestionario SF-12 onde se lle preguntaba a cada participante *En xeral, vostede cómo diría que é a súa saúde ?*, e na que tiñan que escoller unha de 5 respostas (Excelente, Moi Boa, Boa, Regular e Mala) relacionadas coa idea que teñen da súa saúde. Os resultados podémolos ver na táboa 21.

Táboa 21. Categorías da Percepción de Saúde por Sexo, en Estudantes

Percepción de Saúde SF-12	HOMES n=166 (38%)		MULLERES n=273 (62%)		p
	n	%	n	%	
Excelente	32	19,3	26	9,5	0,023
Moi Boa	58	35	103	37,7	
Boa	62	37,3	106	38,9	
Regular	12	7,2	36	13,2	
Mala	2	1,2	2	0,7	

Agrupando as cinco categorías anteriores en dous grupos, figura 36, un grupo de **Boa Saúde**, que contestaron *Excelente, Moi Boa e Boa* e outro grupo de **Mala Saúde** que contestaron *Regular e Mala*, obsérvase que unha alta porcentaxe de estudantes, 91,6 % de homes e 86,1% mulleres, percibe que a súa saúde é Boa, fronte aos que a perciben unha Mala Saúde cun 8,4% en homes e un 13,9% en mulleres, respectivamente ($p=0,023$).

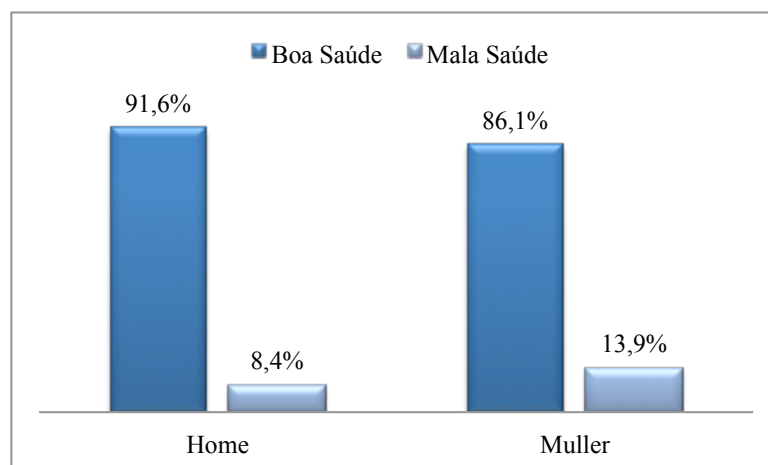


Figura 36. Clasificación da percepción de Saúde en Estudantes, dúas categorías (Boa/Mala).

Nota: **Boa saúde** (Excelente, Moi Boa e Boa) e **Mala Saúde** (Regular e Mala)

8.1.4.2. Calidade de Vida relacionada coa saúde en Estudantes

A CVRS é un concepto moi amplo que está centrado en avaliar a influencia subxectiva do estado de saúde e que está moi determinado pola saúde física, saúde mental e as relacións sociais co seu entorno. Os resultados da CVRS foron obtidos do cuestionario SF-12, que consta de 12 ítems e permitiu calcular 2 puntuacións: o Compoñente Sumario Físico (CSF) e Compoñente Sumario Mental (CSM).

Táboa 22. *Compoñentes Sumario Físico e Mental por Sexo, en Estudantes*

SF-12	HOMES n = 66 (38%)				MULLERES n = 273 (62%)				
	media	DE	mediana	mín.-máx.	media	DE	mediana	mín.-máx.	p
COMPOÑENTE SUMARIO DE SAÚDE FÍSICA	51,4	5,7	52,3	31,2-63,7	50,3	7,3	51,5	19,8-65,3	0,100
COMPOÑENTE SUMARIO DE SAÚDE MENTAL	50,6	9,7	53,6	20,4-66,6	45,3	10,8	47,2	16,3-63,8	0,001

Nota: a poboación de referencia (España) ten unha puntuación media de 50, cunha desviación estándar de 10, polo que valores superiores ou inferiores a 50 indican un mellor ou peor estado de saúde, respectivamente, que a poboación de referencia. Fonte: Vilagut et al. (2008).

A estratexia principal de interpretación do SF-12 baséase na utilización de normas poboacionais de referencia que indican un valor estándar que facilita a interpretación das puntuacións do cuestionario respecto ás esperadas segundo o seu grupo de idade e sexo, neste caso a poboación de referencia é España.

Nos resultados dos Compoñentes Sumarios do SF-12 (táboa 22) non se toparon diferenzas significativas no Compoñente Sumario Físico (CSF) entre homes e mulleres ($p=0,100$) pero sí no Compoñente Sumario Mental (CSM), con valores máis altos nos homes ($p<0,001$). Todos estes resultados dos CSF e CSM segundo as puntuacións do SF-12 versión 1, podémolos ver de forma gráfica na figura 37.

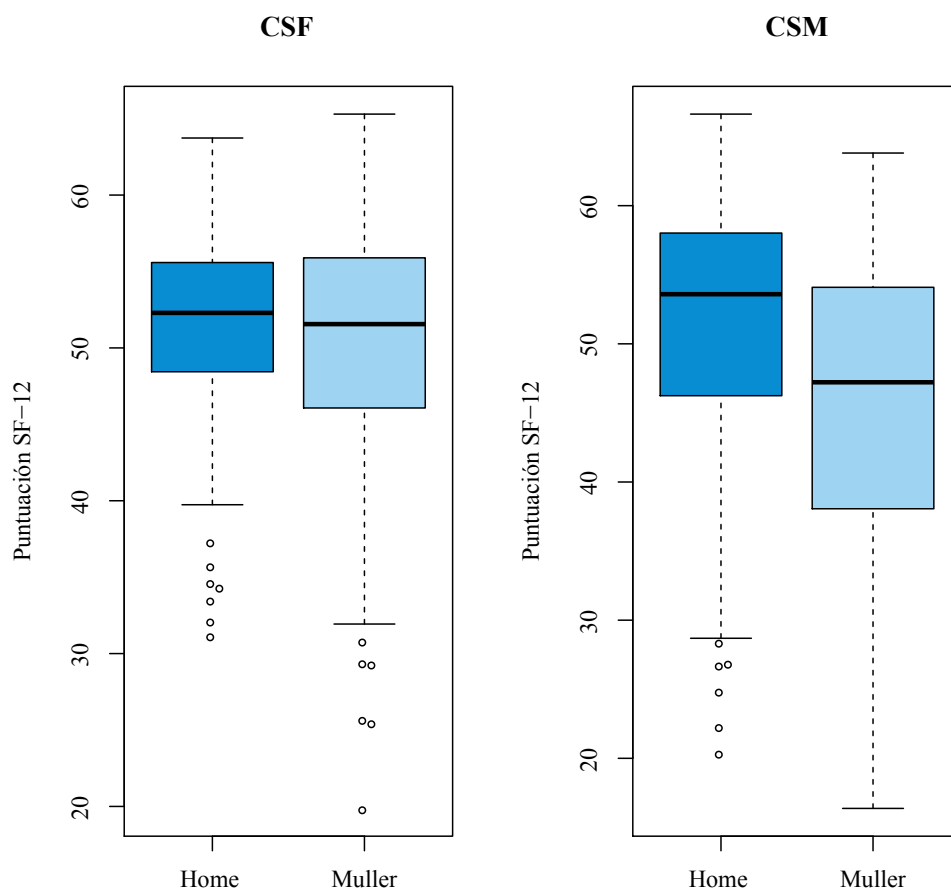


Figura 37. Boxplot dos Compoñentes Sumarios Físico e Mental segundo as puntuacións do SF12 versión 1, en Estudantes

8.1.5. CVRS asociada cos Estilos de Vida, en Estudantes

8.1.5.1. CVRS asociada co Grao de Obesidade en Estudantes

Hai unha tendencia a unha diminución da CVRS conforme aumenta o grao de obesidade (táboa 23), pero só se observa significación estatística na asociación entre o CSF e o Grao de Obesidade nas mulleres ($p=0,004$), e non nos homes ($p=0,325$).

Tampouco hai asociación entre o CSM e o grao de obesidade, nin en homes ($p=0,176$), nin en mulleres ($p=0,164$).

Táboa 23. CVRS asociada co Grao de Obesidade por sexo, en Estudantes

		HOMES n=166 (38%)				MULLERES n=273 (62%)			
	GRAO OBESIDADE	n	media	DE	p	n	media	DE	p
COMPOÑENTE SUMARIO DE SAÚDE FÍSICA	<i>Baixo Peso</i>	4	52,2	3,0	0,325	19	51,0	5,4	0,004
	<i>Normopeso</i>	111	51,9	5,3		206	51,0	6,9	
	<i>Sobrepeso</i>	41	50,4	6,3		39	47,5	8,1	
	<i>Obesidade</i>	10	49,2	8,3		9	44,6	11,1	
	<i>Total</i>	166	51,4	5,7		273	50,3	7,3	
COMPOÑENTE SUMARIO DE SAÚDE MENTAL	<i>Baixo Peso</i>	4	40,6	17,6	0,176	19	43,7	10,5	0,164
	<i>Normopeso</i>	111	50,6	9,4		206	44,9	10,8	
	<i>Sobrepeso</i>	41	50,8	10,		39	46,7	11,0	
	<i>Obesidade</i>	10	53,3	3,9		9	52,3	8,6	
	<i>Total</i>	166	50,6	9,7		273	45,3	10,8	

Baixo peso (IMC < 18,5 Kg/m²), Normopeso (IMC 18,5-24,9 Kg/m²), Sobrepeso (IMC 25-29,9 Kg/m²) e Obesidade (IMC > 30 Kg/m²)

8.1.5.2. CVRS asociada co nivel de Actividade Física, en Estudantes

No referente á Actividade Física non se observan diferenzas significativas entre as medias do CSF e as medias dos grupos marcados pola actividade física (baixa, media e alta) tanto en homes ($p=0,077$) como en mulleres ($p=0,085$).

No CSM observáanse diferenzas estatísticas significativas nos diferentes grupos de AF en homes ($p=0,019$), especificamente entre os grupos de AF moderada e alta. Por outro lado, non se observan diferenzas estatísticas significativas por grupos no caso das mulleres ($p=0,778$), ver táboa 24.

Táboa 24. CVRS asociada co nivel de Actividade Física e Sexo, en Estudantes.

		HOMES n=166 (38%)				MULLERES n=273 (62%)			
	ACTIVIDADE FÍSICA	n	media	DE	p	n	media	DE	p
COMPOÑENTE SUMARIO DE SAÚDE FÍSICA	Baixa	19	49,7	8,3	0,077	47	49,0	7,7	0,085
	Moderada	54	50,4	4,9		113	49,7	7,3	
	Alta	93	52,2	5,5		113	51,4	6,9	
	Total	166	51,4	5,7		273	50,3	7,3	
COMPOÑENTE SUMARIO DE SAÚDE MENTAL	Baixa	19	50,4	10,3	0,019	47	45,7	11,5	0,778
	Moderada*	54	47,7	11,3		113	45,7	10,9	
	Alta*	93	52,3	8,2		113	44,8	10,5	
	Total	166	50,6	9,7		273	45,3	10,8	

A actividade física semanal mídese a través do rexistro en met/min./semana. **AF Baixa** menos de 600 met, **AF Moderada** 600-1.500 met e **AF Alta** cando acumulen alomenos 1500 met con AF Vigorosa en 3 ou máis días ou cando alcancen alomenos 3.000 met coa combinación de Camiñar + AF Moderada.

* **Proba de Scheffé:** Nos homes atópanse diferenzas significativas entre os grupos de Actividade Física Alta e Moderada, no compoñente sumario de saúde mental.

8.1.5.3. CVRS asociada co nivel Adherencia á Dieta Mediterránea, en Estudantes

Na relación coa Adherencia á Dieta Mediterránea (táboa 25) non se observan diferenzas estatísticas significativas nas puntuacións do CSF nin nos homes ($p=0,149$) nin nas mulleres ($p=0,114$). Tampouco hai asociación entre o CSM e a ADM, pero salienta que nos homes, case alcanza a significación estatística ($p=0,054$).

II PARTE: ESTUDO PRÁCTICO

Táboa 25. CVRS asociada co nivel de Adherencia á Dieta Mediterránea e Sexo, en Estudantes

		HOMES n=166 (37,8%)				MULLERES n=273 (62,2%)			
	ADHERENCIA DIETA MEDITERRÁNEA	n	media	DE	p	n	media	DE	p
COMPOÑENTE SUMARIO DE SAÚDE FÍSICA	<i>Baixa</i>	40	50,0	6,5	0,149	38	48,7	7,2	0,114
	<i>Media</i>	77	51,4	5,4		138	49,9	7,4	
	<i>Óptima</i>	49	52,2	5,5		97	51,4	6,9	
	<i>Total</i>	166	51,4	5,7		273	50,3	7,3	
COMPOÑENTE SUMARIO DE SAÚDE MENTAL	<i>Baixa</i>	40	47,6	10,9	0,054	38	46,6	11,1	0,712
	<i>Media</i>	77	50,8	9,3		138	45,2	11,0	
	<i>Óptima</i>	49	52,6	8,9		97	45,0	10,6	
	<i>Total</i>	166	50,6	9,7		273	45,3	10,8	

Niveis de ADM: baixa (puntuación total ≤ 3), media (4 - 7) e óptima (≥ 8).

8.1.5.4. CVRS asociada co Consumo de Alcohol, en Estudantes

Vendo os resultados na táboa 26, nos homes e nas mulleres non atopamos asociación entre os hábitos de consumo de alcohol e a CVRS no CSM nin en homes ($p=0,121$) nin nas mulleres ($p=0,303$).

Si atopamos asociación entre o CSF e os hábitos de consumo de alcohol, con maior CVRS nos bebedores en xeral ($p=0,009$) e nas bebedoras de forma ocasional ($p=0,001$).

Táboa 26. CVRS asociada co consumo de Alcohol por Sexo, en Estudantes

		HOMES n=166 (37,8%)				MULLERES n=273 (62,2%)			
	ALCOHOL	n	media	DE	p	n	media	DE	p
COMPOÑENTE SUMARIO DE SAÚDE FÍSICA	<i>Non Bebedor/a</i>	37	50,6	5,6	0,009	60	48,0	6,9	0,001
	<i>Ocasional</i>	60	52,8	5,1		115	52,9	6,5	
	<i>Ex-Bebedor/a</i>	8	51,8	7,0		10	50,3	6,4	
	<i>Fin de Semana</i>	43	49,0	6,0		68	48,3	7,5	
	<i>Días Laborables</i>	5	52,2	3,2		12	48,2	7,2	
	<i>Todos os días</i>	13	54,1	5,4		8	48,6	9,3	
	<i>Total</i>	166	51,4	5,7		273	50,3	7,3	
COMPOÑENTE SUMARIO DE SAÚDE MENTAL	<i>Non Bebedor/a</i>	37	54,3	7,1	0,121	60	45,1	10,1	0,303
	<i>Ocasional</i>	60	48,5	10,8		115	45,2	10,3	
	<i>Ex-Bebedor/a</i>	8	50,1	8,8		10	48,9	10,2	
	<i>Fin de Semana</i>	43	51,0	9,5		68	46,4	11,7	
	<i>Días Laborables</i>	5	49,9	8,7		12	38,9	12,7	
	<i>Todos os días</i>	13	48,8	10,9		8	44,4	12,1	
	<i>Total</i>	166	50,6	9,7		273	45,3	10,8	

* **Proba de Scheffé:** Nos homes ($p=0,009$) e nas mulleres ($p=0,001$) atópanse diferenzas estatisticamente significativas entre os grupos de Alcohol, no compoñente sumario de saúde física.

8.1.5.5. CVRS asociada co Consumo de Tabaco, en Estudantes

En relación co hábito tabáquico (táboa 27), non atopamos asociación significativa coa CVRS, nin en homes e mulleres, tanto no compoñente sumario de saúde física (homes: $p=0.161$, mulleres: $p=0.636$) como no compoñente sumario de saúde mental (homes: $p=0.616$, mulleres: $p=0.268$).

Táboa 27. CVRS asociada co Consumo de Tabaco, en Estudantes

		HOMES n=166 (38%)				MULLERES n=273 (62%)			
	TABACO	n	media	DE	p	n	media	DE	p
COMPOÑENTE SUMARIO DE SAÚDE FÍSICA	<i>Non Fumador/a</i>	104	52,1	5,3	0,161	190	50,3	6,7	0,636
	<i>Ocasional</i>	28	49,6	6,2		35	50,6	8,9	
	<i>Fumador/a</i>	23	50,9	7,2		27	48,7	8,6	
	<i>Ex-Fumador/a</i>	11	49,7	3,9		21	51,3	7,7	
	<i>Total</i>	166	51,4	5,7		273	50,3	7,3	
COMPOÑENTE SUMARIO DE SAÚDE MENTAL	<i>Non Fumador/a</i>	104	51,1	9,3	0,616	190	45,9	10,3	0,268
	<i>Ocasional</i>	28	50,2	10,8		35	42,0	10,7	
	<i>Fumador/a</i>	23	48,2	10,9		27	44,9	13,2	
	<i>Ex-Fumador/a</i>	11	51,2	8,7		21	46,3	12,1	
	<i>Total</i>	166	50,6	9,7		273	45,3	10,8	

8.1.5.6. Análise Multivariante, en Estudantes

Co obxectivo de explicar a influencia dos Estilos de Vida sobre a Calidade de Vida Física e Mental, controlando as variables estudadas, realizouse unha análise de **regresión lineal múltiple** (táboa 28). Esta análise centrouse nas variables dependentes da percepción da saúde física (SF-12) e saúde mental (SF-12), tomando como variables independentes: Idade, Sexo, IMC, Actividade Física, Adherencia á Dieta Mediterránea e consumo de Tabaco e Alcohol, que son potencialmente explicativas da CVRS Física e Mental.

Táboa 28. Modelo explicativo da influencia dos Estilos de Vida sobre a Calidade de Vida Física e Mental (SF-12), en Estudantes

	CVRS Física				CVRS Mental			
	Coeficiente	EE	t	p	Coeficiente	EE	t	p
Intercepto	53,388	2,487	21,469	<0,001	35,501	4,043	8,781	<0,001
Idade	0,053	0,053	0,982	0,326	0,157	0,087	1,802	0,072
Sexo	1,619	0,656	2,468	0,014	4,647	1,066	4,357	<0,001
IMC (Kg/m^2)	- 0,335	0,095	- 3,512	<0,001	0,330	0,155	2,131	0,034
Actividade Física								
<i>Baixa</i>	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref
<i>Moderada</i>	0,349	0,938	0,373	0,710	- 0,934	1,524	- 0,613	0,540
<i>Alta</i>	1,968	0,949	2,073	0,039	0,611	1,543	0,396	0,693
ADM	0,120	0,123	0,976	0,330	0,069	0,200	0,345	0,730
TABACO	-1,106	0,723	-1,529	0,127	-2,446	1,176	-2,080	0,038
ALCOHOL								
<i>Abstemio</i>	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref
<i>Bebedor/a Ocasional</i>	3,947	0,776	5,086	<0,001	- 1,871	1,262	- 1,483	0,139
<i>Bebedor/a Habitual</i>	0,200	0,811	0,246	0,806	- 0,751	1,319	- 0,570	0,569

Sexo (0, muller; 1, home); *IMC*, Índice de masa corporal; *ADM*, Adherencia á dieta mediterránea (Puntuación Kidmed) e *Tabaco* (0, Non; 1, Si). *Ref*, grupo de referencia.

Os resultados presentados na táboa 28, poñen de manifesto que:

a. CVRS Física

Nas **variables demográficas**: non se atopa asociación coa Idade ($p=0,326$), e os homes presentan niveis significativos estadisticamente máis altos cas mulleres ($p=0,014$).

Nos **Estilos de vida**:

II PARTE: ESTUDO PRÁCTICO

- **IMC:** a CVRS Física diminúe significativamente co grao de obesidade ($p<0,001$).
- **Actividade Física:** non se observa diferenza entre realizar AF Moderada en relación coa AF Baixa ($p=0,710$), pero si atopamos niveis significativos máis altos nos que realizan AF Alta en relación cos de AF Baixa ($p=0,039$).
- **ADM:** non se atopa asociación ($p=0,330$).
- **Consumo de Tabaco:** Non se atopa asociación ($p=0,127$).
- **Consumo de Alcohol:** atopamos niveis máis altos de CVRS Física só nos bebedores ocasionais ($p<0,001$).

b. CVRS Mental

Non se atopa asociación coa CVRS Mental na Idade ($p=0,072$), nivel de AF, ADM ($p=0,730$), e consumo de Alcohol.

Topamos niveis significativamente máis altos nos homes, en relación coas mulleres ($p<0,001$), no IMC dado que a CVRS Mental incrementase linealmente co IMC ($p=0,034$) e no consumo de Tabaco: os niveis de CVRS Mental son significativamente máis baixos nos fumadores en relación aos non fumadores ($p=0,038$).

8.2. Resultados PDI

8.2.1. Descrición da Mostra en PDI

Na análise da distribución da mostra, segundo o sexo, as mulleres (táboa 3), representan un 41% e o homes un 59%. Esta distribución podemos dicir que é igual á do SUG (Sistema Universitario Galego), na que as mulleres representan o 40% e os homes o 60%. En todos os Campus conségtase unha maior presenza de homes que de mulleres, agás o campus de Pontevedra onde están ao 50%.

8.2.2. Variables Sociodemográficas en PDI

No estudo global das variables sociodemográficas por sexo, observamos (táboa 29), que os valores obtidos para as medidas antropométricas presentaron unha idade, peso, altura e IMC significativamente maior nos homes que nas mulleres.

Táboa 29. Distribución das variables sociodemográficas: Idade, Peso, Altura e Índice de Masa Corporal, en PDI.

	HOMES n= 152 (59%)				MULLERES n= 107 (41%)				
	media	DE	mediana	mín.-máx.	media	DE	mediana	mín.-máx.	p
IDADE (anos)	47,9	9,6	48	25-68	47	9,0	49	24-69	0,439
PESO (Kg)	80,6	13,3	79	49-122	60,4	9,8	58	45-93	<0,001
ALTURA (cm)	176	6,9	177	160-195	162	5,8	162	145-175	<0,001
IMC (Kg/m ²)	26,0	4,1	25,1	18,2-41,8	22,9	3,5	22,2	17,4-37,4	<0,001

A media de idade dos homes foi de 48 anos mentras que a de as mulleres foi de 47 anos.

II PARTE: ESTUDO PRÁTICO

O peso medio en homes foi de 80,6 kg e o das mulleres 60,4 kg, o mesmo ocorre coa altura que a media dos homes foi de 176 cm e nas mulleres de 162 cm e coa variable do IMC, a media en homes foi 26 Kg/m², presentando un rango de 18,2 a 41,8 Kg/m² e a media en mulleres foi de 22,9 Kg/m², cun rango de 17,4 a 37,4 Kg/m² ($p < 0,001$).

Feita a *Proba de Kruskal - Wallis* coa variable de asociación *Universidade*, non se detectaron diferenzas estatisticamente significativas en idade, peso, altura, e IMC.

Todos estes resultados antropométricos podémolos ver na táboa 28. e de forma gráfica no Box-Plot, na figura 38.

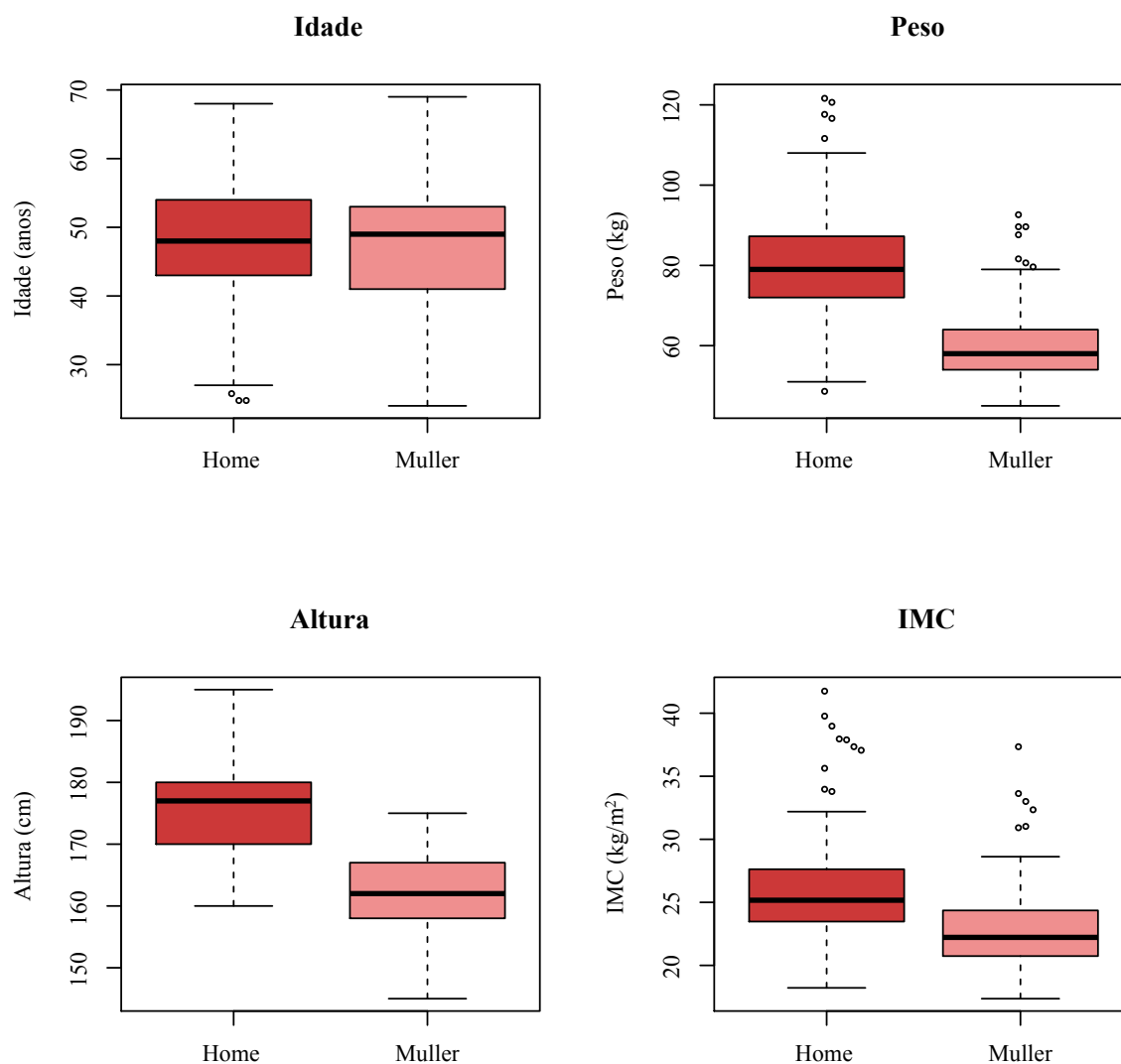


Figura 38. Boxplot das variables sociodemográficas: Idade, Peso, Altura e Índice de Masa Corporal, en PDI

8.2.3. Estilos de Vida en PDI

8.2.3.1. Grao de Obesidade en Estudantes

No que respecta ao IMC, ver táboa 30, e a pesar de que a maioría dos individuos da mostra son Normopeso, constátase que hai unha certa porcentaxe de PDI con Sobrepeso e Obesidade, sobre todo nos homes fronte ás mulleres (Sobrepeso: Homes 40,8% e Mulleres 16,8%; e Obesidade: Homes 13,8% e Mulleres 5,6%) e que o Baixo Peso é maior nas mulleres cun 3,7% fronte a un 0,7% dos homes; ademais repórtanse diferenzas significativas por sexo ($p=0,001$).

Táboa 30. Grao de Obesidade. Estudo Global por Sexo, en PDI

Grao de Obesidade	HOMES n=166 (38%)						MULLERES n=273 (62%)						p
	n	%	media	DE	mediana	mín.-máx.	n	%	media	DE	mediana	mín.-máx.	
BAIXO PESO	1	0,7	18,2	NA	18,2	18,2-18,2	4	3,7	17,6	0,3	17,5	17,4-18,1	<0,001
NORMOPESO	68	44,7	23,0	1,6	23,2	18,9-24,9	79	73,8	21,6	1,5	22,0	18,6-24,6	
SOBREPESO	62	40,8	26,7	1,3	26,3	25,0-29,2	18	16,8	26,4	1,2	26,5	25,0-28,6	
OBESIDADE	21	13,8	34,14	3,7	32,19	30,0-41,8	6	5,6	32,64	2,3	32,8	31,1-37,4	
TOTAL	166	100	26,0	4,1	25,1	18,2-41,8	273	100	22,9	3,5	22,02	17,4-37,4	

Nota: Baixo peso (IMC <18,5 Kg/m²), Normopeso (IMC 18,5-24,9 Kg/m²), Sobrepeso (IMC 25-29,9 Kg/m²) e Obesidade (IMC >30 Kg/m²). NA=Non Avaliable.

8.2.3.2. Nivel de Actividade Física en PDI

A partir do Índice Enerxético, medido en MET, que se obtivo a partir da intensidade, duración e frecuencia da actividade física que declararon os participantes no IPAQ, clasificamos aos individuos en tres tipos de actividade física: Baixa, Moderada e Alta.

Os resultados dos niveis de actividade física da mostra (táboa 31) amosan unha maior *Actividade Física Alta* nos homes (38,8%) que nas mulleres (23,4%) e en *Actividade Física*

II PARTE: ESTUDO PRÁCTICO

Moderada e Baixa as mulleres teñen puntuacións máis altas que os homes, alcanzando as diferenzas de significación estadística ($p=0,027$).

Táboa 31. Nivel de Actividade Física por Sexo, en PDI

ACTIVIDADE FÍSICA	HOMES n=152 (59%)		MULLERES n=107 (41%)		p
	n	%	n	%	
BAIXA	31	20,4	31	29,0	0,027
MODERADA	62	40,8	51	47,7	
ALTA	59	38,8	25	23,4	

A actividade física semanal mídese a través do rexistro en met/min./semana. **AF Baixa** menos de 600 met, **AF Moderada** 600-1.500 met e **AF Alta** cando acumulen alomenos 1.500 met con **AF Vigorosa** en 3 ou máis días ou cando alcanzen alomenos 3.000 met coa combinación de Camiñar + **AF Moderada**.

8.2.3.3. Nivel de Adherencia á Dieta Mediterránea en Estudantes

Con respecto á clasificación de ADM (táboa 32) non existe unha asociación significativa entre a ADM e o sexo ($p=0,928$).

Tabla 32. Nivel de Adherencia á Dieta Mediterránea por Sexo, en PDI

ADHERENCIA DIETA MEDITERRÁNEA	HOMES n=152 (59%)		MULLERES n=107 (41%)		p
	n	%	n	%	
BAIXA	7	4,6	5	4,7	0,928
MODERADA	69	45,4	46	43,0	
ALTA	76	50,0	56	52,3	

Níveis de adherencia: baixa (puntuación total ≤ 3), media (4 - 7) e óptima (≥ 8).

Ao estudar as respostas emitidas polos participantes de ambos sexos a cada pregunta do test KidMed (figura 39), mediante o test exacto bilateral de Fisher, únicamente se evidenciaron diferenzas significativas entre ambos sexos en 3 respostas dos 16 ítems (preguntas 3, 4, e 7) de forma que a porcentaxe de mulleres que consomen verduras unha vez ao día é significativamente maior que o dos homes ($p=0,019$), a porcentaxe de mulleres que consomen verduras máis dunha vez ao día é significativamente maior ao dos homes ($p=0,031$) e a porcentaxe de homes que toman legumes máis dunha vez á semana é significativamente maior que o das mulleres ($p=0,001$).

Hai que destacar que as preguntas 5 e 16 non evidenciaron diferenzas significativas pero detectóuse unha tendencia á significación, polo tanto debemos de ter en conta que a porcentaxe de homes que consomen peixe 2/3 veces semana é maior que a das mulleres ($p=0,059$) e que a porcentaxe de mulleres que consomen varias veces ao día doces e lambetadas é maior á porcentaxe dos homes ($p=0,085$).

Entre os aspectos positivos da dieta, sinalar que unha porcentaxe moi alta declara o consumo diario dunha peza de froita, que no almorzo toman un lácteo e un cereal ou derivado e destacar que practicamente todos os participantes utilizan do aceite de oliva para cocinar.

II PARTE: ESTUDO PRÁTICO

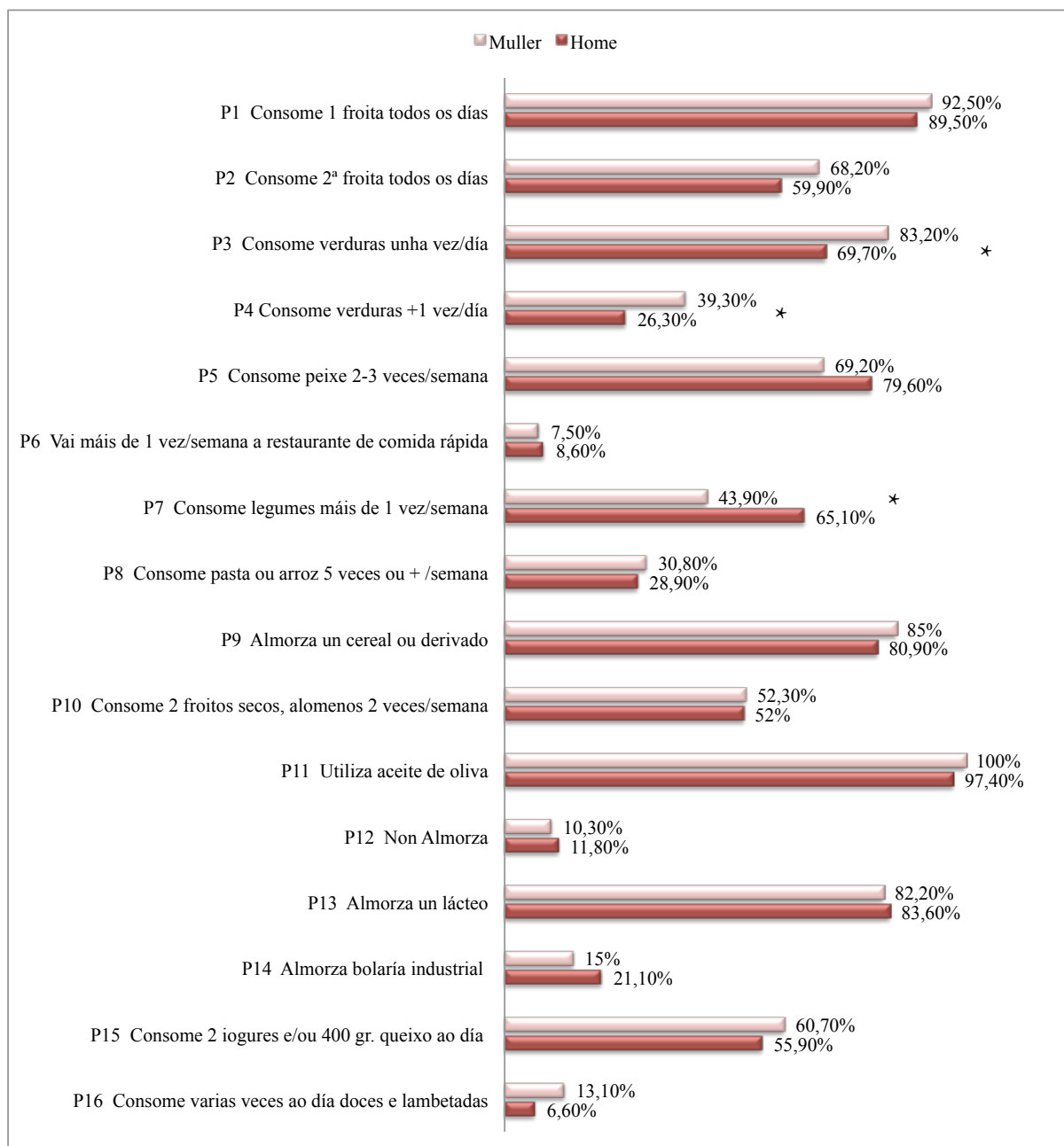


Figura 39. Respostas do **TEST KIDMED**, en PDI. (*) Diferenzas estatisticamente significativas ($p \leq 0,05$) nos items 3, 4, e 7, entre homes e mulleres.

Unha porcentaxe alta declara o consumo de verduras unha vez ao día, unha segunda peza de froita diaria e que consumé peixe de 2 a 3 veces semanais. Máis da metade dos participantes declara que consomen 2 froitos secos alomenos, 2 veces á semana, 2 iogures e/ou máis de 400 gr. diarios de queixo e comen legumes máis unha vez á semana. Sobre un terzo consomen pasta ou arroz 5 veces ou máis á semana e consomen verduras máis dunha vez ao día. Polo contrario, obtivéronse porcentaxes a ter en conta, para as preguntas con

connotación negativa e que supoñen alonxarse da ADM como son acudir semanalmente a restaurantes de comida rápida (mulleres 7,50% e homes 8,60%), non almorzar (mulleres 10,30 e homes 11,80%), almorzar habitualmente bolaría industrial (mulleres 15% e homes 21,10%) e tomar varias veces ao día doces ou lambetadas (mulleres 13,10- e homes 6,60%).

8.2.3.4. Consumo de Alcohol en PDI

8.2.3.4.1. Categorías pola frecuencia de consumo de alcohol en PDI

Podemos observar, na táboa 33, as 6 categorías (Non bebedor/a, Ocasional, Ex-bebedor/a, Fin de semana, Días laborables e Todos os días), resultantes da primeira pregunta do cuestionario sobre alcohol, *Con qué frecuencia bebe algún tipo de bebida alcohólica ?*.

Táboa 33. Categorías de Consumo de Alcohol por Sexo, en PDI

Categorías Consumo de Alcohol	HOMES n=152 (59%)		MULLERES n= 107 (41%)		p
	n	%	n	%	
Non bebedor/a	22	14,5	27	25,2	0,179
Ocasional	63	41,5	38	35,5	
Ex-bebedor/a	4	2,6	3	2,8	
Fin de semana	35	23,0	27	25,2	
Días laborables	21	13,8	7	6,5	
Todos os días	7	4,6	5	4,7	

II PARTE: ESTUDO PRÁCTICO

Aínda que non se atopan diferenzas estatísticas significativas nas categorías de consumo de alcohol entre homes e mulleres, apreciase unha tendencia a unha maior porcentaxe de non-bebedores/as entre as mulleres.

8.1.3.4.2. Agrupamento en Bebedores/as e Non Bebedores/as, en PDI

Neste apartado organizamos os resultados en dous grupos formados polas categorías anteriores (táboa 33) que designamos Bebedores/as e Non Bebedores/as , quedando da seguinte maneira:

- **Bebedores/as:** Fin de semana, Días Laborables e Todos os días,
- **Non Bebedores/as:** Non Bebedores/as, Ocasional e Ex–Bebedores/as.

Como podemos ver na (táboa 34), a porcentaxe do PDI que habitualmente son consumidores de bebidas alcohólicas é do 41,4 % para os homes e do 36,4 % mulleres.

Táboa 34. Clasificación de Alcohol en 2 categorías, en PDI

CONSUMO ALCOHOL	HOMES n=152 (59%)		MULLERES n=107 (41%)		p
	n	%	n	%	
Non Bebedor/a	89	58,6	68	63,6	0,418
Bebedor/a	63	41,4	39	36,4	

Como vemos na táboa 37 non existen diferenzas estatisticamente significativas (p=0,418) entre o sexo e o consumo de alcohol.

8.2.3.5. Padrón de Consumo

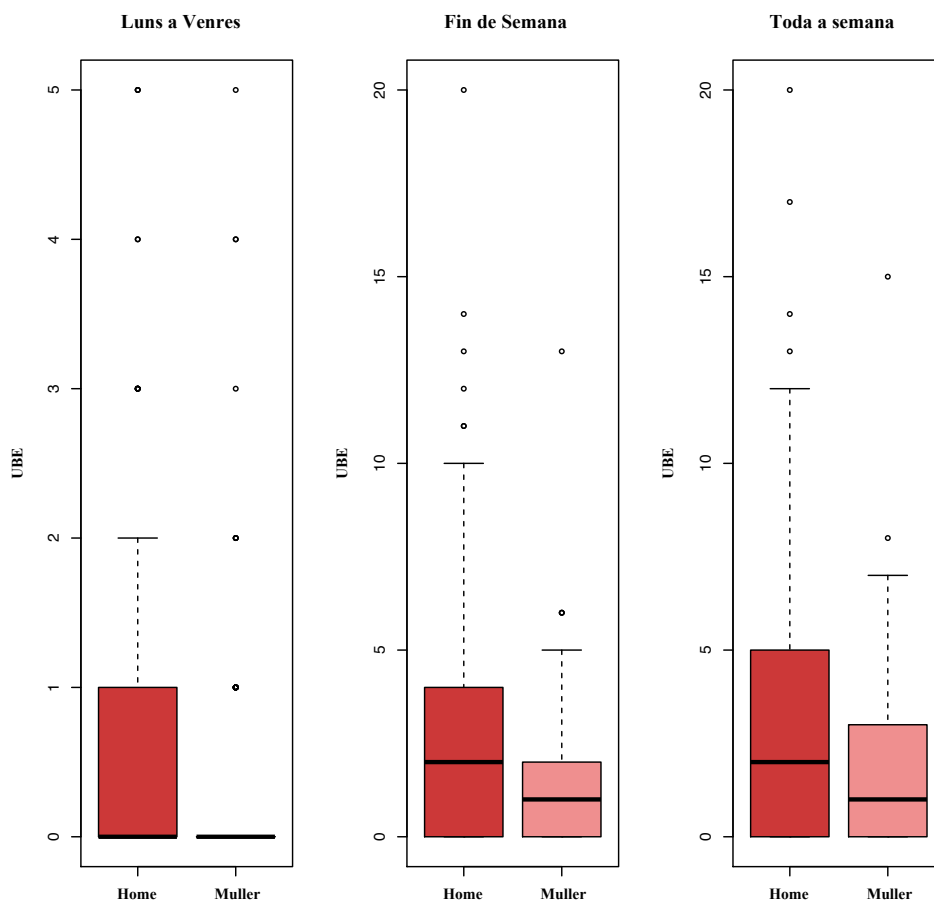
Tendo en conta as UBE (táboa 35), o consumo de alcohol é significativamente máis alto nos homes que nas mulleres, tanto no consumo diario (p=0,035) como nas fins de semana (p=0,001).

Táboa 35. Consumo medio de UBE, por Sexo, en PDI

Consumo medio de UBE	HOMES n = 152 (59%)				MULLERES n = 107 (41%)				p
	media	DE	mediana	mín./máx.	media	DE	mediana	mín./máx.	
UBE Luns a Venres	0,63	1,14	0	0-5	0,36	0,88	0	0-5	0,035
UBE Fin de Semana	2,89	3,26	2,0	0-20	1,61	2,04	1,0	0-13	0,001
UBE Total	3,52	3,78	2,0	0-20	1,98	2,39	1,0	0-15	0,001

UBE (Unidade de Bebida Estándar) = 10 g de alcohol

Todos estes resultados de consumo medio de UBE por sexo, en estudantes, podémolos ver de forma gráfica na figura 40.

**Figura 40.** Padrón de consumo en UBE por Sexo, en PDI.

Nota: UBE (Unidade de Bebida Estándar) = 10 g de alcohol

8.2.3.6. Clasificación de bebedores/as moderados/as e de risco

Polos datos da táboa 36 podemos observar que o consumo semanal de alcohol, medido en UBE, é igual en homes e mulleres. Destacar a alta porcentaxe de moderados, e que non hai Bebedores/as de risco.

Táboa 36. Clasificación de Alcohol segundo consumo de UBE, en PDI.

Clasificación segundo o consumo	HOMES n=152 (59%)		MULLERES n=107 (41%)		p
	n	%	n	%	
Abstemio/a	40	26,3	39	36,4	0,081
Moderado/a	112	73,7	68	63,6	
Risco	0	0	0	0	

Abstemio/a – Non bebedor/a: persoa que non consumiu alcohol nos últimos 12 meses, ou que nunca consome alcohol decotío, aínda que tome algunha cantidade de maneira moi ocasional (criterio epidemiolóxico).

Bebedor/a moderad/a ou de baixo risco: persoa que consome alcohol de forma habitual pero por debaixo do límite de risco (Homes: ≤ 280 g/semana ou ≤ 28 UBE e Mulleres: ≤ 168 g/semana ou ≤ 17 UBE).

Bebedor/a de risco: Persoa cuxo consumo semanal de alcohol supera o límite de risco (Homes: 280 g/semana ou > 28 UBE e Mulleres: 168 g/semana ou > 17 UBE) ou persoa que consume 5 ou máis UBE por ocasión de consumo alomenos 1 vez á semana, durante o último mes.

8.2.3.7. Idade media de comezo e abandono do consumo de alcohol en PDI

A idade media do PDI, tanto en homes coma en mulleres que comezaron a beber alcohol foi aos **17 anos**, e mentras que os homes deixaron de beber aos 40 anos, as mulleres deixaron aos **49 anos**.

8.2.3.8. Consumo de Tabaco en PDI

8.2.3.8.1. Categorías pola frecuencia de consumo de Tabaco en PDI

Podemos observar na táboa 37, as catro categorías (Non fumador/a, Ocasional, Fumador/a e ex-fumador/a) resultantes da primeira pregunta do cuestionario sobre o Tabaco, *Fumou algunha vez ?*.

Os que fuman de maneira ocasional representan un 14,5% en homes e un 8,4% en mulleres e os que se declaran abertamente fumadores son un 7,2% en homes e un 12,1% en mulleres.

Non se observan diferenzas estatisticamente significativas entre a porcentaxe de homes e mulleres nas distintas categorías ($p=0,159$). O sexo e os hábitos de consumo de tabaco son independentes.

Táboa 37. Categorías de Consumo de Tabaco por Sexo, en PDI

CONSUMO TABACO	HOMES n=152 (59%)		MULLERES n=107 (41%)		p
	n	%	n	%	
Non fumador/a	92	60,5	59	55,2	0,159
Ocasional	22	14,5	9	8,4	
Fumador/a	11	7,2	13	12,1	
Ex-fumador/a	27	17,8	26	24,3	

8.2.3.8.2. Agrupamento en fumadores/as e non fumadores/as en PDI

Agrupando as catro categorías anteriores en dous grupos (táboa 38):

II PARTE: ESTUDO PRÁTICO

- **Fumadores/as** : formado por Fumadores/as e Ocasionais.
- **Non Fumadores/as**: formado por Non Fumadores/as e Ex-Fumadores/as.

a porcentaxe de PDI homes que non fuman é dun 78,3 % (non fumadores 60,5% + ex-fumadores 17,8%), mentras que as mulleres que non fuman (non fumadoras 55,2% + ex-fumadoras 24,3%), representan un 79,5%. Non se observan diferenzas estatisticamente significativas ($p=0,824$).

Táboa 38. Clasificación de Tabaco en 2 categorías, en PDI

CONSUMO TABACO	HOMES n=152 (59%)		MULLERES n=107 (41%)		p
	n	%	n	%	
Non Fumador/a	119	78,3	85	79,5	0,824
Fumador/a	33	21,7	22	20,5	

Fumadores/as (Fumadores/as + Ocasionais) e **Non Fumadores/as** (Non Fumadores/as + Ex- Fumadores/as).

8.2.3.8.3. Consumo medio de Cigarros / día en PDI

A media de cigarros/día para os PDI Fumadores/as habituais (Fumadores/as + Ocasionais) é de **7 cigarros/día** tanto en homes como nas mulleres.

Dado de non existen diferencias significativas ($p=0,889$), podemos confirmar que os homes e mulleres fuman practicamente o mesmo.

8.2.3.8.4. Idade media de comezo e abandono do consumo de tabaco en Estudantes

A idade media do PDI, que comezou a fumar foi de **18 anos**, e mentras os homes deixaron de fumar aos 36 anos, as mulleres deixaron aos **35 anos**.

8.2.4. Percepción da Saúde e CVRS en PDI

8.2.4.1. Percepción da Saúde en PDI

A Percepción da Saúde é unha autovaloración que cada individuo fai sobre a súa propia saúde, e foi obtida da primeira pregunta do cuestionario SF-12 onde se lle preguntaba a cada participante *En xeral, vostede cómo diría que é a súa saúde ?*, e na que tiñan que escoller unha de 5 respostas (Excelente, Moi Boa, Boa, Regular e Mala) relacionadas coa idea que teñen da súa saúde. Os resultados podémolos ver na táboa 39.

Táboa 39. Categorías da Percepción de Saúde por Sexo, en PDI

Percepción de Saúde SF-12	HOMES n=152 (59%)		MULLERES n=107 (41%)		p
	n	%	n	%	
Excelente	23	15,1	11	10,3	0,084
Moi Boa	64	42,1	35	32,7	
Boa	40	26,3	46	43	
Regular	24	15,8	14	13,1	
Mala	1	0,7	1	0,9	

Agrupando as cinco categorías anteriores en dous grupos, figura 41, un grupo de **Boa Saúde**, que contestaron *Excelente, Moi Boa e Boa* e outro grupo de **Mala Saúde** que contestaron *Regular e Mala*, obsérvase que unha alta porcentaxe do PDI, 83,5 % de homes e 86% mulleres, percibe que a súa saúde é Boa, fronte aos que a perciben unha Mala Saúde cun 16,5% en homes e un 14% en mulleres, respectivamente ($p=0,084$).

II PARTE: ESTUDO PRÁCTICO

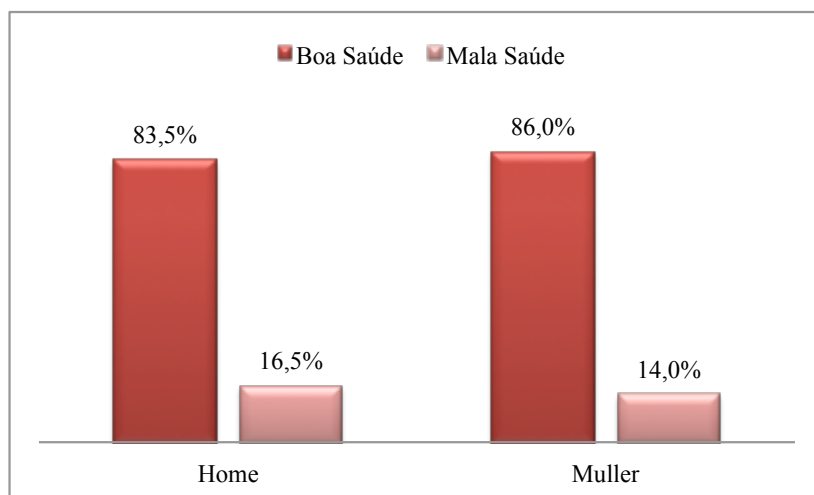


Figura 41. Clasificación da percepción de Saúde en dúas categorías, en PDI.

Nota: *Boa saúde* (Excelente, Moi Boa e Boa) e *Mala Saúde* (Regular e Mala).

8.2.4.2. Calidade de Vida relacionada coa saúde en PDI

A CVRS é un concepto moi amplo que está centrado en avaliar a influencia subxectiva do estado de saúde e que está moi determinado pola saúde física, saúde mental e as relación sociais co seu entorno. Os resultados da CVRS foron obtidos do cuestionario SF-12, que consta de 12 ítems e permitiu calcular 2 puntuacións: o Compoñente Sumario Físico (CSF) e Compoñente Sumario Mental (CSM).

Táboa 40. Compoñentes Sumario Físico e Mental por Sexo, en PDI

SF-12	HOMES n= 152 (59%)				MULLERES n= 107 (41%)				p
	media	DE	mediana	mín.-máx.	media	DE	mediana	mín.-máx.	
COMPOÑENTE SUMARIO DE SAÚDE FÍSICA	51,3	6,5	52,8	17,3-61,4	50,5	6,6	52,4	25,9-64,0	0,393
COMPOÑENTE SUMARIO DE SAÚDE MENTAL	50,1	9,5	52,7	17,4-63,3	47,9	9,8	50,6	19,7-60,8	0,077

Nota: a poboación de referencia (España) ten unha puntuación media de 50, cunha desviación estándar de 10, polo que valores superiores ou inferiores a 50 indican un mellor ou peor estado de saúde, respectivamente, que a poboación de referencia. Fonte: Vilagut et al. (2008).

A estratexia principal de interpretación do SF-12 baséase na utilización de normas poboacionais de referencia que indican un valor estándar que facilita a interpretación das puntuacións do cuestionario respecto ás esperadas segundo o seu grupo de idade e sexo, neste caso a poboación de referencia é España.

Nos resultados dos Compoñentes Sumarios do SF-12 do PDI (táboa 40), non se observan diferenzas significativas nos CSF e CSM entre homes e mulleres, e podemos ver as puntuacións de forma gráfica, na figura 42.

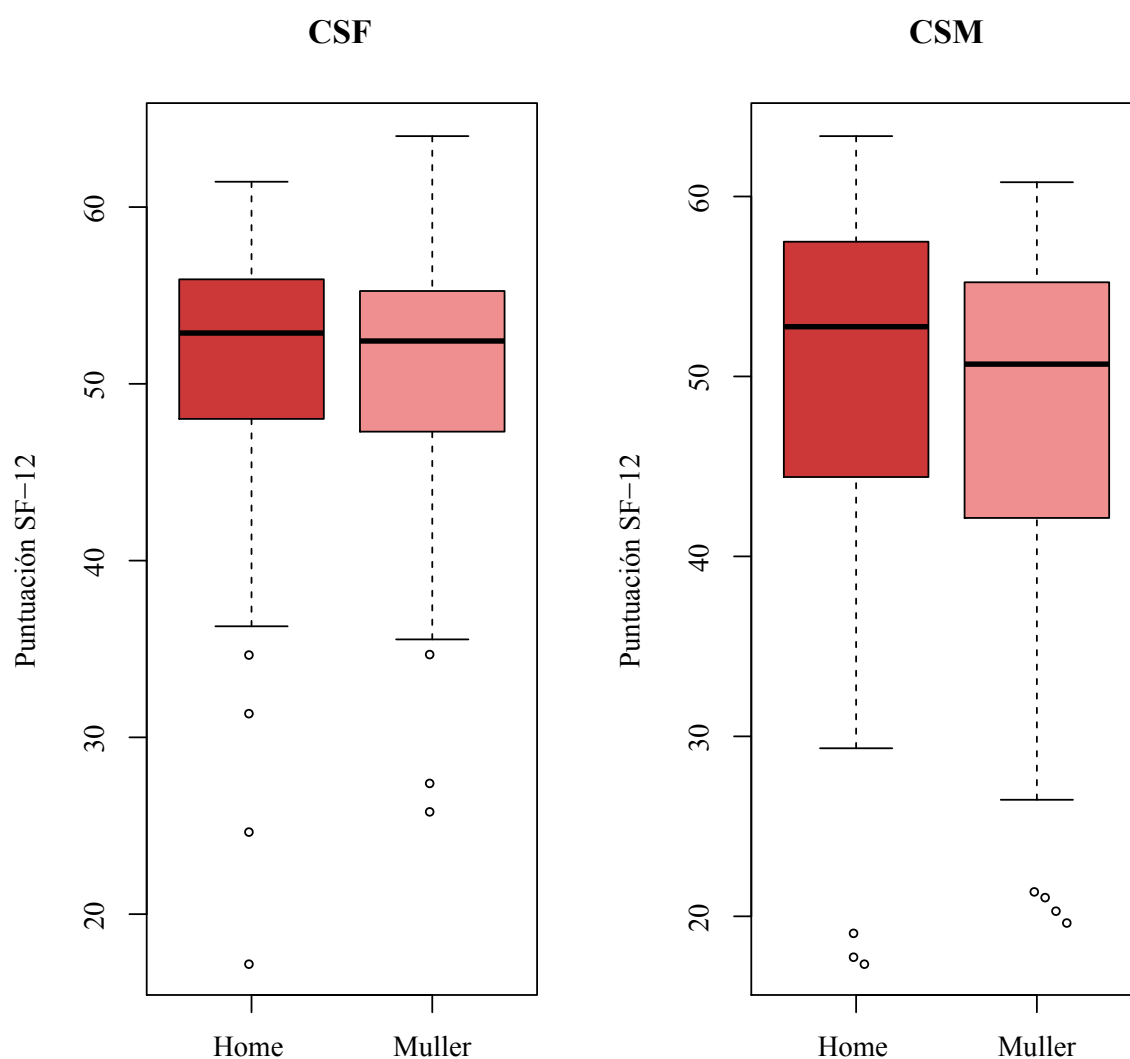


Figura 42. Boxplot dos CSF e CSM segundo as puntuacións do SF-12 versión 1, en PDI

8.2.5. CVRS asociada cos Estilos de Vida, en PDI

8.2.5.1. CVRS asociada co Grao de Obesidade en PDI

En relación co Grao de Obesidade (táboa 41), non atopamos asociación significativa coa CVRS, nin en homes e mulleres, tanto no compoñente sumario de saúde física (homes: $p=0.131$, mulleres: $p=0.386$) como no compoñente sumario de saúde mental (homes: $p=0.328$, mulleres: $p=0.215$).

Táboa 41. CVRS asociada co Grao de Obesidade por sexo, en PDI

		HOMES n=152 (59%)				MULLERES n=107 (41%)			
	GRAO OBESIDADE	n	media	DE	p	n	media	DE	p
COMPOÑENTE SUMARIO DE SAÚDE FÍSICA	<i>Baixo Peso</i>	1	36,3	NA	0,131	4	47,9	2,41	0,386
	<i>Normopeso</i>	68	51,3	7,8		79	51,1	6,5	
	<i>Sobrepeso</i>	62	51,6	5,4		18	48,4	7,9	
	<i>Obesidade</i>	21	50,5	4,4		6	51,2	3,7	
	<i>Total</i>	152	51,2	6,5		107	50,5	6,6	
COMPOÑENTE SUMARIO DE SAÚDE MENTAL	<i>Baixo Peso</i>	1	63,3	NA	0,328	4	50,8	9,9	0,215
	<i>Normopeso</i>	68	49,8	8,8		79	48,1	10,1	
	<i>Sobrepeso</i>	62	49,4	9,8		18	44,6	8,1	
	<i>Obesidade</i>	21	52,3	10,3		6	53,6	8,5	
	<i>Total</i>	152	50,1	9,5		107	47,9	9,8	

Baixo peso (IMC < 18,5 Kg/m²), Normopeso (IMC 18,5-24,9 Kg/m²), Sobrepeso (IMC 25-29,9 Kg/m²) e Obesidade (IMC > 30 Kg/m²). NA: =Non Avaliable.

8.2.5.2. CVRS asociada co nivel de Actividade Física, en PDI

No referente á CVRS asociada co nivel de Actividade Física (táboa 42), detectamos un comportamento lixeramente diferente en homes e en mulleres. Así, nos homes obsérvase que a maior actividade física asóciase a niveis mais altos de CVRS en ambos compoñentes de saúde física ($p=0,001$) e mental ($p=0,036$); nas mulleres, esta asociación tamén aparece, pero non alcanza significación estatística CSF ($p=0,128$) e CSM ($p=0,417$).

Táboa 42. CVRS asociada co nivel de Actividade Física por sexo, en PDI

		HOMES n=152 (59%)				MULLERES n=107 (41%)			
	ACTIVIDADE FÍSICA	n	media	DE	p	n	media	DE	p
COMPOÑENTE SUMARIO DE SAÚDE FÍSICA	<i>Baixa</i>	31	47,4	9,1	0,001	31	49,3	8,3	0,128
	<i>Moderada</i>	62	51,7	5,9		51	50,1	5,9	
	<i>Alta</i>	59	52,7	4,6		25	52,8	5,1	
	<i>Total</i>	152	51,2	6,5		107	50,5	6,6	
COMPOÑENTE SUMARIO DE SAÚDE MENTAL	<i>Baixa</i>	31	52,7	8,4	0,036	31	47,2	10,5	0,417
	<i>Moderada</i>	62	47,8	10,1		51	47,2	10,4	
	<i>Alta</i>	59	51,1	8,9		25	50,2	7,1	
	<i>Total</i>	152	50,1	9,5		107	47,9	9,8	

A actividade física semanal mídese a través do rexistro en met/min./semana. **AF Baixa** menos de 600 met, **AF Moderada** 600-1.500 met e **AF Alta** cando acumulen alomenos 1.500 met con AF Vigorosa en 3 ou máis días ou cando alcancen alomenos 3.000 met coa combinación de Camiñar + AF Moderada.

* **Proba de Scheffé:** Nos homes atópanse diferenzas estatisticamente significativas entre os grupos de Actividade Física, no CSF ($p=0,001$) e no CSM ($p=0,036$).

8.2.5.3 CVRS asociada co nivel Adherencia á Dieta Mediterránea, en PDI

En relación coa Adherencia á Dieta Mediterránea (táboa 43), non atopamos asociación significativa coa CVRS, nin en homes e mulleres, tanto no compoñente sumario de saúde física (homes: $p=0.593$, mulleres: $p=0.891$) como no compoñente sumario de saúde mental (homes: $p=0.207$, mulleres: $p=0.723$).

II PARTE: ESTUDO PRÁCTICO

Táboa 43. CVRS asociada co nivel de Adherencia á Dieta Mediterránea e Sexo, en PDI

		HOMES n=152 (59%)				MULLERES n=107 (41%)			
	ADHERENCIA DIETA MEDITERRÁNEA	n	media	DE	p	n	media	DE	p
COMPOÑENTE SUMARIO DE SAÚDE FÍSICA	<i>Baixa</i>	7	51,2	5,3	0,593	5	51,9	2,6	0,891
	<i>Media</i>	69	50,6	6,6		46	50,5	6,3	
	<i>Óptima</i>	76	51,8	6,6		56	50,4	7,2	
	<i>Total</i>	152	51,2	6,5		107	50,5	6,6	
COMPOÑENTE SUMARIO DE SAÚDE MENTAL	<i>Baixa</i>	7	56,3	6,0	0,207	5	46,4	9,3	0,723
	<i>Media</i>	69	49,6	9,8		46	47,2	9,4	
	<i>Óptima</i>	76	49,9	9,3		56	48,6	10,2	
	<i>Total</i>	152	50,1	9,5		107	47,9	9,8	

Niveis de ADM: baixa (puntuación total ≤ 3), media (4 - 7) e óptima (≥ 8).

8.2.5.4. CVRS asociada co Consumo de Alcohol, en PDI

En relación co hábito do consumo de alcohol (táboa 44), non atopamos asociación significativa coa CVRS, nin en homes e mulleres, tanto no compoñente sumario de saúde física (homes: $p=0.918$, mulleres: $p=0.100$) como no compoñente sumario de saúde mental (homes: $p=0.106$, mulleres: $p=0.377$).

Tabla 44. CVRS asociada co consumo de Alcohol por Sexo, en PDI

		HOMES n=152 (59%)				MULLERES n=107 (41%)			
	ALCOHOL	n	media	DE	p	n	media	DE	p
COMPOÑENTE SUMARIO DE SAÚDE FÍSICA	<i>Non Bebedor/a</i>	22	49,9	7,9	0,918	27	50,6	6,3	0,100
	<i>Ocasional</i>	63	51,7	7,1		38	51,6	6,0	
	<i>Ex-Bebedor/a</i>	4	52,4	3,8		3	44,3	7,3	
	<i>Fin de Semana</i>	35	51,0	5,9		27	48,2	7,7	
	<i>Días Laborables</i>	21	51,5	4,7		7	53,5	4,4	
	<i>Todos os días</i>	7	51,0	6,4		5	53,4	4,1	
	<i>Total</i>	152	51,2	6,5		107	50,5	6,6	
COMPOÑENTE SUMARIO DE SAÚDE MENTAL	<i>Non Bebedor/a</i>	22	50,8	11,1	0,106	27	47,1	10,5	0,377
	<i>Ocasional</i>	63	47,6	9,9		38	46,8	10,2	
	<i>Ex-Bebedor/a</i>	4	46,0	9,5		3	57,5	2,8	
	<i>Fin de Semana</i>	35	52,6	7,0		27	49,3	8,9	
	<i>Días Laborables</i>	21	52,5	9,22		7	44,9	9,4	
	<i>Todos os días</i>	7	51,7	7,87		5	51,6	8,2	
	<i>Total</i>	152	50,1	9,5		107	47,9	9,8	

8.1.5.5. CVRS asociada co Consumo de Tabaco, en PDI

En relación co hábito tabáquico (táboa 45), non atopamos asociación significativa coa CVRS, nin en homes e mulleres, tanto no compoñente sumario de saúde física (homes: $p=0.222$, mulleres: $p=0.920$) como no compoñente sumario de saúde mental (homes: $p=0.130$, mulleres: $p=0.757$).

Táboa 45. CVRS asociada co Consumo de Tabaco, en PDI.

		HOMES n=152 (59%)				MULLERES n=107 (41%)			
	TABACO	n	media	DE	p	n	media	DE	p
COMPOÑENTE SUMARIO DE SAÚDE FÍSICA	<i>Non Fumador/a</i>	92	51,2	5,7	0,222	59	50,3	6,6	0,920
	<i>Ocasional</i>	22	53,6	6,9		9	51,1	9,8	
	<i>Fumador/a</i>	11	49,7	5,6		13	49,8	5,9	
	<i>Ex-Fumador/a</i>	27	50,0	8,7		26	51,1	5,8	
	<i>Total</i>	152	51,2	6,5		107	50,5	6,6	
COMPOÑENTE SUMARIO DE SAÚDE MENTAL	<i>Non Fumador/a</i>	92	49,8	10,5	0,130	59	47,4	9,7	0,757
	<i>Ocasional</i>	22	53,2	6,1		9	48,6	8,8	
	<i>Fumador/a</i>	11	45,0	8,0		13	50,6	9,5	
	<i>Ex-Fumador/a</i>	27	50,6	7,9		26	47,6	10,7	
	<i>Total</i>	152	50,1	9,5		107	47,9	9,8	

8.2.5.6. Análise Multivariante, en PDI

Co obxectivo de explicar a influencia dos Estilos de Vida sobre a Calidade de Vida Física e Mental, controlando as variables estudadas, realizouse unha análise de **regresión lineal múltiple** (táboa 46). Esta análise centrouse nas variables dependentes da percepción da saúde física (SF-12) e saúde mental (SF-12), tomando como variables independentes: Idade, Sexo, IMC, Actividade Física, Adherencia á Dieta Mediterránea e consumo de Tabaco e Alcohol, que son potencialmente explicativas da CVRS Física e Mental.

Táboa 46. Modelo explicativo da influencia dos Estilos de Vida sobre a Calidade de Vida Física e Mental (SF-12), en PDI

	CVRS Física				CVRS Mental			
	Coefficiente	EE	t	p	Coefficiente	EE	t	p
Intercepto	54,201	3,393	15,973	<0,001	49,356	5,103	9,672	<0,001
Idade	-0,132	0,045	-2,943	0,004	-0,017	0,067	-0,254	0,800
Sexo	0,401	0,881	0,455	0,649	1,926	1,325	1,454	0,147
IMC (Kg/m²)	-0,042	0,103	-0,407	0,685	0,020	0,155	0,130	0,897
Actividade Física								
Baixa	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref
Moderada	2,799	1,015	2,757	0,006	-2,305	1,527	-1,509	0,132
Alta	4,066	1,104	3,685	<0,001	0,424	1,660	0,256	0,798
ADM	0,030	0,185	0,160	0,873	-0,012	0,278	-0,045	0,964
TABACO	1,170	0,992	1,180	0,239	1,091	1,492	0,731	0,465
ALCOHOL								
Abstemio	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref
Bebedor/a Ocasional	1,427	1,078	1,324	0,187	-2,056	1,621	-1,269	0,206
Bebedor/a Habitual	0,675	1,078	0,626	0,532	1,476	1,621	0,910	0,364

Sexo (0, muller; 1, home); IMC, Índice de masa corporal; ADM, Adherencia á dieta mediterránea (Puntuación Kidmed) e Tabaco (0, Non; 1, Si). Ref, grupo de referencia.

Os resultados presentados na táboa 46, poñen de manifesto que:

a. CVRS Física

Obsérvase que a CVRS Física:

Nas **variables demográficas**: a CVRS Física diminúe linealmente coa idade ($p=0,004$), e non se atopa asociación coa variable Sexo ($p=0,649$).

Nos **estilos de vida**:

II PARTE: ESTUDO PRÁCTICO

- Actividade Física: a CVRS Física é maior nos individuos que realizan AF Alta ($p=0,001$) como AF Moderada ($p=0,006$).
- Non se topan asociación no resto dos estilos de vida considerados: IMC ($p=0,685$), ADM ($p=0,873$), Tabaco ($p=0,239$) e Alcohol.

b. CVRS Mental

No referente á saúde mental percibida non se atopou asociación estatisticamente significativa nin nas variables sociodemográficas nin nos estilos de vida analizados.

8.3. Resultados PAS

8.3.1. Descrición da Mostra en PAS

Na análise da distribución da mostra, segundo o sexo, as mulleres representan un 59% e o homes un 41% (táboa 5). Esta distribución podemos dicir que é igual á do SUG (Sistema Universitario Galego), na que as mulleres representan o 58% e os homes o 42%. Constátase que en todos os Campus hai unha maior presenza de mulleres.

8.3.2. Variables sociodemográficas en PAS

No estudo global das variables sociodemográficas por sexo, observamos na táboa 47 que os valores obtidos para as medidas antropométricas presentaron unha idade, peso, altura e IMC significativamente maior nos homes que nas mulleres.

Táboa 47. Distribución das variables sociodemográficas: Idade, Peso, Altura e Índice de Masa Corporal, en PAS

	HOMES n= 130 (41%)				MULLERES n= 188 (59%)				
	media	DE	mediana	mín.-máx.	media	DE	mediana	mín.-máx.	p
IDADE (anos)	46,4	8,3	47,5	21-63	46,3	7,7	46	22-63	0,880
PESO (Kg)	82,3	11,5	80,0	52-120	62,1	9,7	60	42-93	<0,001
ALTURA (cm)	175	7,2	175	160-192	162	5,7	163	150-178	<0,001
IMC (Kg/m ²)	26,8	3,3	26,3	19,5-39,1	23,7	3,7	22,9	17,5-39,7	<0,001

A media de idade dos homes foi de 46,4 anos mentras que a de as mulleres foi de 46,3 anos. O peso medio en homes foi de 82,3 kg e o das mulleres 62,1 kg, o mesmo ocorre coa altura, onde a media dos homes foi de 175 cm e nas mulleres de 162 cm, e coa variable do IMC, onde a media en homes foi 26,8 Kg/m², presentando un rango de 19,5 a 39,1 Kg/m² e a media en mulleres foi de 23,7 Kg/m², cun rango de 17,5 a 39,7 Kg/m² (p<0,001).

Todos estes resultados antropométricos podémolos ver na táboa 44 de forma gráfica e no Box-Plot, na figura 43.

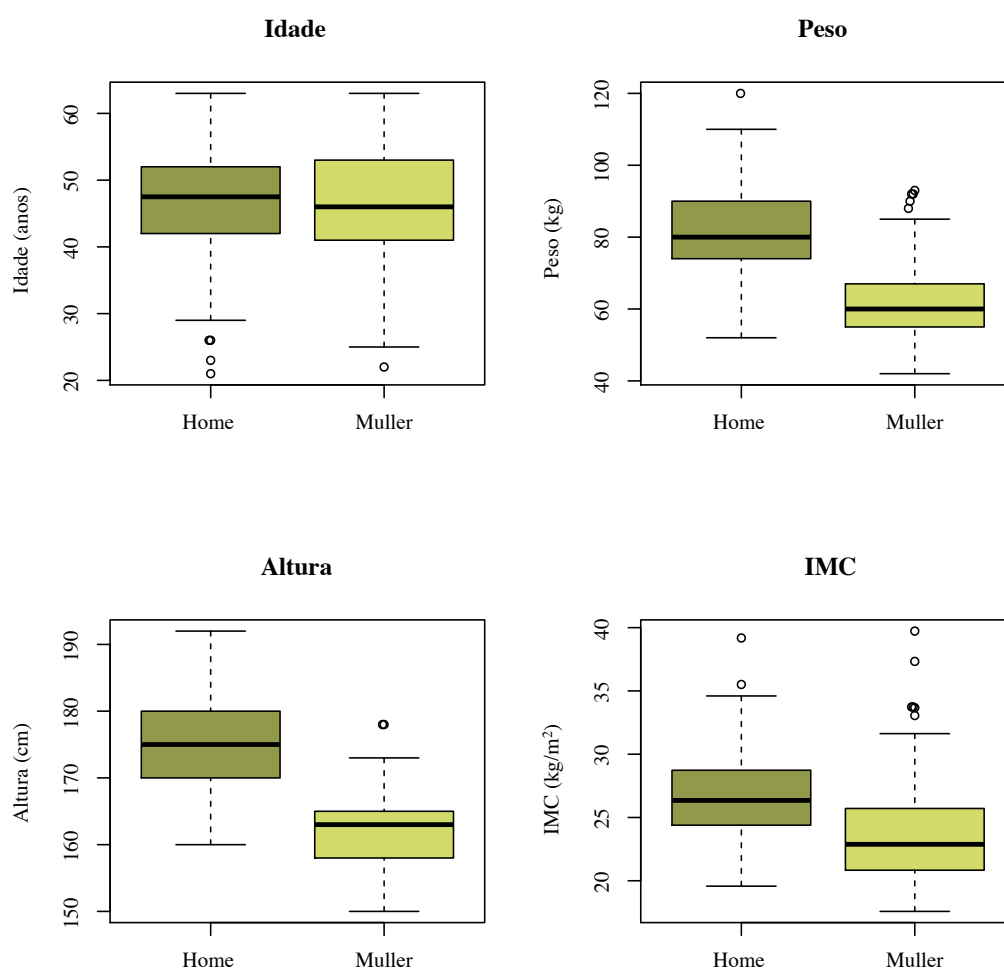


Figura 43. Boxplot das variables sociodemográficas (Idade, Peso, Altura e Índice de Masa Corporal), en PAS

Feita a *Proba de Kruskal - Wallis* coa variable de asociación *Universidade*, detectáronse diferenzas estatisticamente significativas nos homes na idade entre a USC e a UVigo ($p=0,016$); e nas mulleres no Peso, entre a UDC e a USC ($p=0,001$), e tamén no IMC entre a UDC e a UVigo ($p=0,002$).

8.3.3. Estilos de Vida en PAS

8.3.3.1. Grao de Obesidade en PAS

No que respecta ao IMC (táboa 48), constátase que os homes PDI da mostra teñen unha porcentaxe elevada de sobrepeso (52,3%) e tamén de Obesidade (15,4%) cun 32,3% de

Normopeso. Nas mulleres a maioría están en Normopeso cun 67%, tendo un sobrepeso do 24,5% e un 6,4% de Obesidade. O Baixo Peso nas mulleres é dun 2,1% e 0% nos homes. Existindo diferenzas estatisticamente significativas por sexo, ($p=0,001$).

Táboa 48. Grao de Obesidade. Estudio Global por Sexo, en PAS

Grao de Obesidade	HOMES n=166 (38%)						MULLERES n=273 (62%)						p
	n	%	media	DE	mediana	mín.-máx.	n	%	media	DE	mediana	mín.-máx.	
BAIXO PESO	0	0	NA	NA	NA	NA	4	2,1	17,8	0,4	17,6	17,5-18,4	<0,001
NORMOPESO	42	32,3	23,2	1,2	23,3	19,5-39,1	126	67,0	21,8	1,6	21,8	18,7-24,9	
SOBREPESO	68	52,3	27,3	1,3	27,2	25,0-29,68	46	24,5	26,9	1,4	26,6	25,0-29,9	
OBESIDADE	20	15,4	32,5	2,2	32,2	30,0-39,1	12	6,4	33,2	2,7	32,3	30,8-39,7	
TOTAL	166	100	26,8	3,3	26,3	19,5-39,1	273	100	23,7	3,7	22,9	17,5-39,7	

Nota: Baixo peso ($IMC < 18,5 \text{ Kg/m}^2$), Normopeso ($IMC 18,5-24,9 \text{ Kg/m}^2$), Sobrepeso ($IMC 25-29,9 \text{ Kg/m}^2$) e Obesidade ($IMC > 30 \text{ Kg/m}^2$). NA=Non Aavailable.

Como podemos observar o 52,3% dos homes teñen Sobrepeso e un 15,4% de Obesidade fronte as mulleres que teñen un 24,5% e 6,4% respectivamente; vemos que os homes dobran, aproximadamente, en Sobrepeso e Obesidade ás mulleres. En cuanto ao Baixo Peso as mulleres obtiveron un 2,1% mentras que os homes presentan un 0%. Existen diferenzas significativas por sexo ($p < 0,001$).

8.3.3.2. Nivel de Actividade Física en PAS

A partir do Índice Enerxético, medida en MET, que se obtivo a partir da intensidade, duración e frecuencia da actividade física que declararon os participantes no IPAQ, clasificamos aos individuos en tres tipos de actividade física: Baixa, Moderada e Alta.

Os resultados dos niveis de actividade física da mostra (táboa 49) amosan unha maior *Actividade Física Alta* nos homes (46,9%) que nas mulleres (33,5%), e en *Actividade Física Moderada e Baixa* as mulleres teñen puntuacións máis altas que os homes, alcanzando as diferenzas estatisticamente significativas ($p=0,052$).

II PARTE: ESTUDO PRÁCTICO

Táboa 49. Niveis de Actividade Física por Sexo, en PAS

ACTIVIDADE FÍSICA	HOMES n=130 (41%)		MULLERES n=188 (59%)		p
	n	%	n	%	
BAIXA	22	16,9	43	22,9	0,052
MODERADA	47	36,2	182	43,6	
ALTA	61	46,9	63	33,5	

A actividade física semanal mídese a través do rexistro en met/min./semana. **AF Baixa** menos de 600 met, **AF Moderada** 600-1.500 met e **AF Alta** cando acumulen alomenos 1.500 met con AF Vigorosa en 3 ou máis días ou cando alcancen alomenos 3.000 met coa combinación de Camiñar + AF Moderada.

8.3.3.3. Nivel de Adherencia á Dieta Mediterránea en PAS

Con respecto á clasificación de ADM (táboa 50) non existe una asociación estatisticamente significativa entre a ADM e sexo ($p=0,518$).

Táboa 50. Niveis da Adherencia á Dieta Mediterránea por Sexo, en PAS

ADHERENCIA DIETA MEDITERRÁNEA	HOMES n=130 (41%)		MULLERES n=188 (59%)		p
	n	%	n	%	
BAIXA	8	6,0	9	5,0	0,518
MODERADA	74	57,0	98	52,0	
ÓPTIMA	48	37,0	81	43,0	

Niveis de adherencia: baixa (puntuación total ≤ 3), media (4 - 7) e óptima (≥ 8).

Ao estudar as respostas emitidas polos participantes de ambos sexos a cada pregunta do test KidMed (figura 44), mediante o test exacto bilateral de Fisher, únicamente se evidenciaron diferenzas estatísticamente significativas entre ambos sexos en 4 respostas dos 16 ítems (preguntas 3, 4, 7 e 9), de maneira que a porcentaxe de mulleres que consomen *verduras unha vez ao día* é significativamente maior que o dos homes ($p=0,001$), a porcentaxe de mulleres que *toman verduras máis dunha vez ao día* é significativamente maior ao dos homes ($p=0,001$), a porcentaxe de homes que *consomen legumes máis dunha vez á semana* é significativamente maior que o das mulleres ($p=0,006$) e a porcentaxe de mulleres que *consomen un cereal ou derivado no almuerzo* é significativamente maior ao dos homes ($p=0,002$).

Hai que destacar que os resultados da pregunta 8 non evidenciaron diferenzas estatísticamente significativas, pero detectóuse unha tendencia á significación, polo que debemos ter en conta que a porcentaxe de homes que consomen pasta ou arroz 5 ou máis veces á semana é maior ca das mulleres ($p=0,075$).

Entre os aspectos positivos da dieta, sinalar que unha porcentaxe moi alta declara o consumo diario dunha peza de froita, que no almuerzo toman un lácteo e un cereal ou derivado, e destacar que practicamente todos os participantes declararon a utilización do aceite de oliva para cociñar.

II PARTE: ESTUDO PRÁTICO

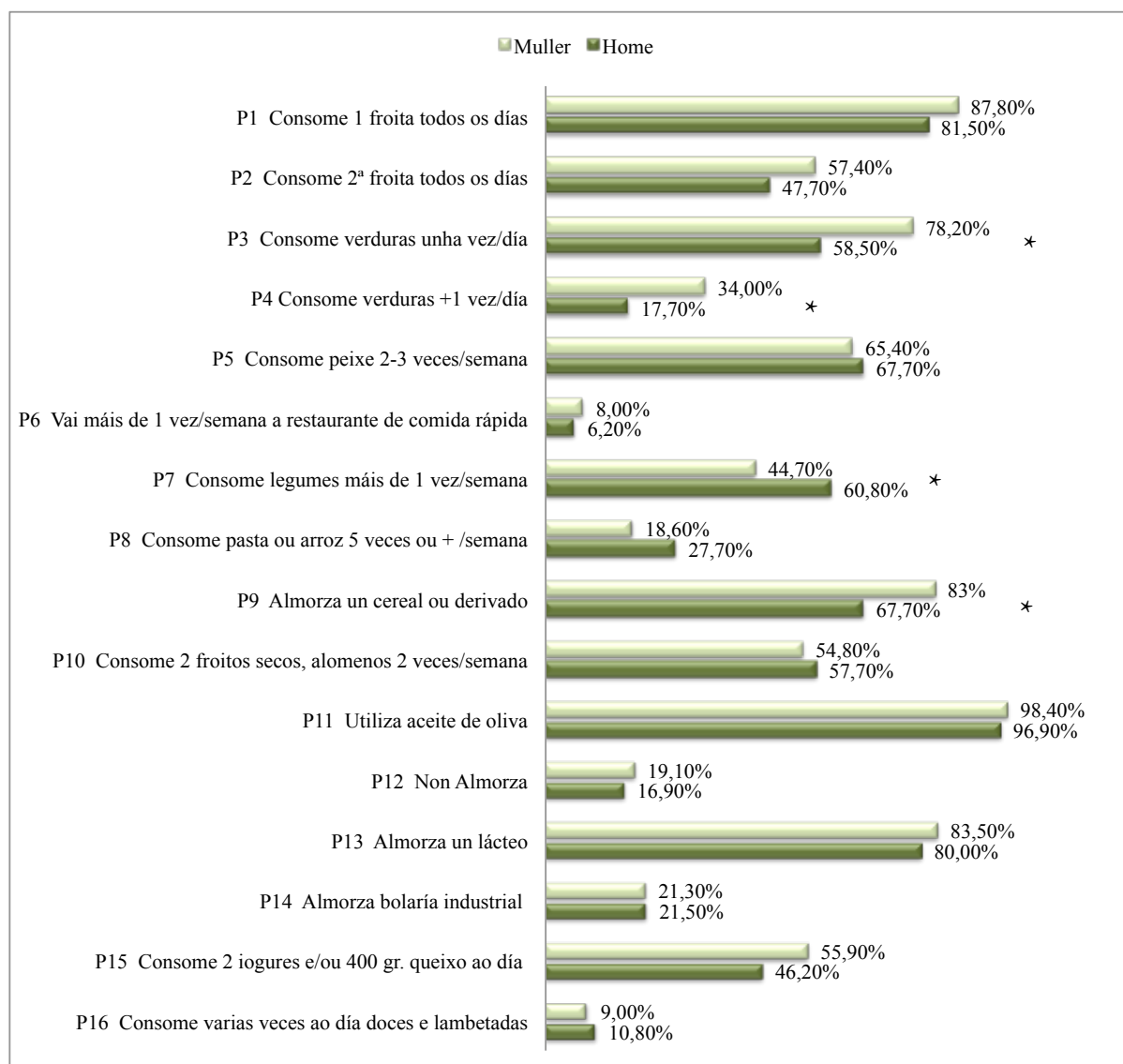


Figura 44. Respostas do **TEST KIDMED** en PAS.

(*) Diferenzas estatisticamente significativas

($p \leq 0,05$) nos ítems 3, 4, 7 e 9, entre homes e mulleres.

Unha porcentaxe alta declara o consumo de verduras unha vez ao día, unha segunda peza de froita diaria, e que consome peixe de 2 a 3 veces semanais. Máis da metade consomen legumes máis dunha vez á semana, e 2 froitos secos alomenos 2 veces á semana.

A metade dos participantes declara que consumen 2 iogures e/ou 400 g de queixo, e unha cuarta parte que consumen pasta ou arroz 5 veces, ou máis, á semana. Polo contrario, obtivéronse porcentaxes a ter en conta para as preguntas con connotación negativa, e que supoñen alonxarse da ADM, como son acudir semanalmente a

restaurantes de comida rápida (mulleres 8% e homes 6,20%), non almorzar (mulleres 19,10% e homes 11,80%), almorzar habitualmente bolaría industrial (mulleres 21,30 e homes 21,50%) e tomar varias veces ao día doces ou lambetadas (mulleres 9% e homes 10,80%).

8.3.3.4. Consumo de Alcohol en Estudiantes

8.1.3.4.1. Categorías pola frecuencia de consumo de alcohol

Podemos observar, na táboa 51, as 6 categorías (Non bebedor/a, Ocasional, Ex-bebedor/a, Fin de semana, Días laborables e Todos os días), resultantes da primeira pregunta do cuestionario sobre alcohol, *Con qué frecuencia bebe algún tipo de bebida alcohólica ?*.

Táboa 51. Categorías de Consumo de Alcohol por Sexo en PAS

Categorías Consumo de Alcohol	HOMES n = 130 (41%)		MULLERES n = 188 (59%)		p
	n	%	n	%	
Non bebedor/a	8	6,2	29	15,4	0,003
Ocasional	48	36,9	79	42,1	
Ex-bebedor/a	4	3,1	4	2,1	
Fin de semana	34	26,2	51	27,1	
Días laborables	19	14,6	19	10,1	
Todos os días	17	13,0	6	3,2	

Como se observa na táboa 51, existe unha tipoloxía de consumo de alcohol diferente en homes e mulleres, maior porcentaxe de PAS homes bebedores en días laborables e todos os días.

II PARTE: ESTUDO PRÁCTICO

8.3.3.4.2. Agrupamento en Bebedores/as e Non Bebedores/as, en PAS

Neste apartado haberá dous grupos formados polas categorías anteriores (táboa 53) que se chamarán Bebedores/as e Non Bebedores/as , quedando da seguinte maneira:

- **Bebedores/as:** Fin de semana, Días Laborables e Todos os días,
- **Non Bebedores/as:** Non Bebedores/as, Ocasional e Ex-Bebedores/as.

Como podemos ver na táboa 52, a porcentaxe dos estudantes universitarios que habitualmente son consumidores de bebidas alcohólicas é do 53,8 % para os homes e do 40,4% para as mulleres.

Táboa 52. Clasificación de Alcohol en 2 categorías, en PAS

CONSUMO ALCOHOL	HOMES n=130 (41%)		MULLERES n=188 (59%)		p
	n	%	n	%	
Non Bebedor/a	60	46,2	112	59,6	0,018
Bebedor/a	70	53,8	76	40,4	

Como vemos na táboa 53, existen diferenzas significativas ($p=0,018$) entre o sexo e o consumo de alcohol.

8.3.3.4.3. Padrón de Consumo de alcohol en PAS

En relación co padrón de consumo de alcohol (táboa 53), os hábitos son similares para homes e mulleres durante a fin de semana, pero ao longo da semana, os homes consomen maior cantidade de alcohol cas mulleres ($p=0,004$).

Táboa 53. Consumo medio de UBE, por Sexo en PAS

Consumo medio de UBE	HOMES n = 130 (41%)				MULLERES n = 188 (59%)				p
	media	DE	mediana	mín./máx.	media	DE	mediana	mín./máx.	
UBE Luns a Venres	0,91	1,43	0	0-7	0,47	1,11	0	0-7	0,004
UBE Fin de Semana	3,05	3,14	2,0	0-13	2,60	4,54	2,0	0-42	0,296
UBE Total	3,95	3,81	3,0	0-18	3,10	5,03	2,0	0-46	0,090

UBE (Unidade de Bebida Estándar) = 10 g de alcohol

Todos estes resultados de consumo medio de UBE por sexo, en estudantes, podémolos ver de forma gráfica na figura 70.

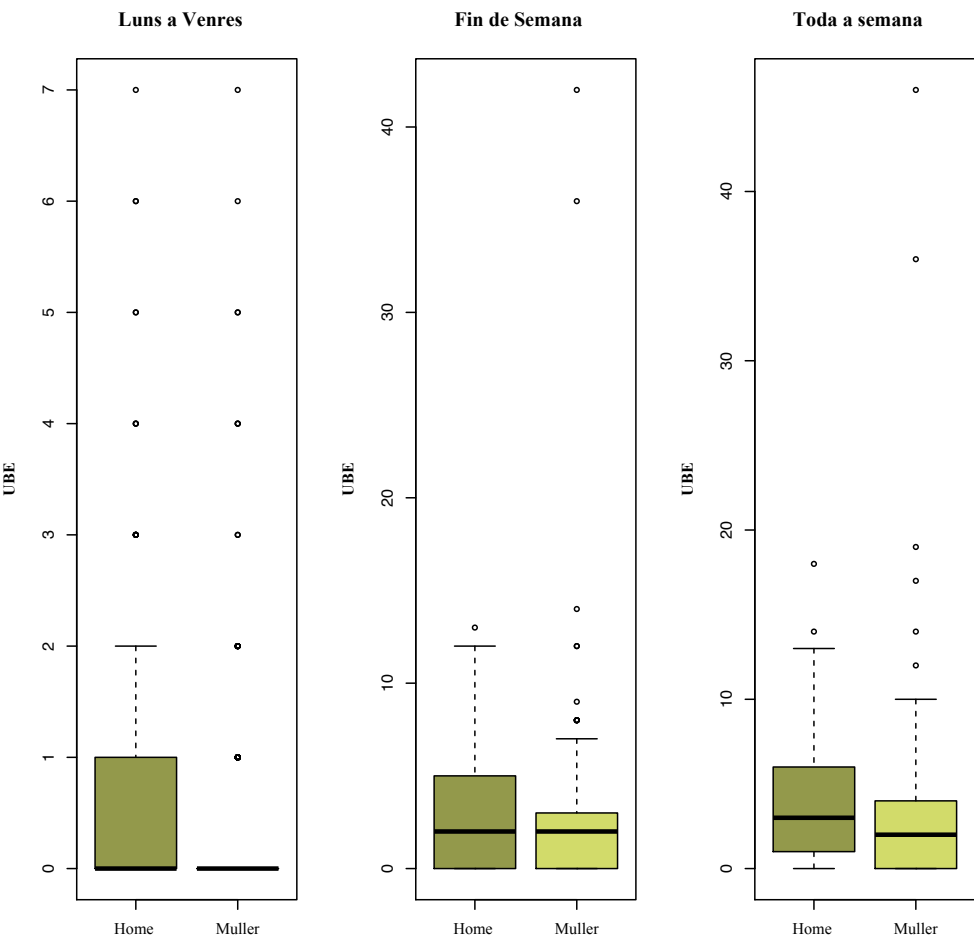


Figura 45. Padrón de consumo en UBE, por Sexo en PAS.

Nota: UBE (Unidade de Bebida Estándar) = 10 g de alcohol.

8.3.3.4.4. Clasificación de bebedores/as moderados/as e de risco en PAS

En relación co risco do consumo de alcohol (táboa 54), mencionar que existe un 1,6% de mulleres en risco e 0% dos homes, con maiores porcentaxes tamén de abstemios nas mulleres que nos homes.

Táboa 54. Clasificación de Alcohol segundo consumo de UBE en PAS

Clasificación segundo o consumo	HOMES n=130 (41%)		MULLERES n=188 (59%)		p
	n	%	n	%	
Abstemio/a	28	21,5	60	31,9	0,037
Moderado/a	102	78,5	125	66,5	
Risco	0	0	3	1,6	

***Abstemio/a – Non bebedor/a:** persoa que non consumiu alcohol nos últimos 12 meses, ou que nunca consome alcohol decotío, aínda que tome algunha cantidade de maneira moi ocasional (criterio epidemiolóxico).*

***Bebedor/a moderado/a ou de baixo risco:** persoa que consome alcohol de forma habitual pero por debaixo do límite de risco (Homes: ≤ 280 g/semana ou ≤ 28 UBE e Mulleres: ≤ 168 g/semana ou ≤ 17 UBE).*

***Bebedor/a de risco:** Persoa cuxo consumo semanal de alcohol supera o límite de risco (Homes: 280 g/semana ou > 28 UBE e Mulleres: 168 g/semana ou > 17 UBE) ou persoa que consume 5 ou máis UBE por ocasión de consumo alomenos 1 vez á semana, durante o último mes.*

8.3.3.4.5. Idade media de comezo e abandono do consumo de alcohol en PAS

A idade media dos PAS, que comezou a beber alcohol foi aos 16 anos, nos homes, e 17 anos nas mulleres; os homes que deixaron de beber foi aos 36 anos e as mulleres aos 33 anos.

8.3.3.5 Consumo de Tabaco en Estudiantes

8.3.3.5.1. Categorías pola frecuencia de consumo de Tabaco en PAS

Podemos observar, na táboa 55, as catro categorías (Non fumador/a, Ocasional, Fumador/a e ex-fumador/a) resultantes da primeira pregunta do cuestionario sobre o Tabaco, *Fumou algunha vez ?*.

Os que fuman de maneira ocasional representan un 10% en homes e un 9,6% en mulleres, e os que se declaran abertamente fumadores son un 11,5% en homes e un 16,5% en mulleres.

Non se observan diferenzas significativas entre a porcentaxe de homes e mulleres nas distintas categorías ($p=0.622$). O sexo e os hábitos de consumo de tabaco son independentes.

Táboa 55. Categorías de Consumo de Tabaco por Sexo, en PAS.

CONSUMO TABACO	HOMES n=130 (41%)		MULLERES n=188 (59%)		p
	n	%	n	%	
Non fumador/a	59	45,4	76	40,4	0,622
Ocasional	13	10,0	18	9,6	
Fumador/a	15	11,5	31	16,5	
Ex-fumador/a	43	33,1	63	33,5	

8.3.3.5.2. Agrupamento en fumadores/as e non fumadores/as, en PAS

Agrupando as catro categorías anteriores en dous grupos (táboa 56):

II PARTE: ESTUDO PRÁTICO

- **Fumadores/as** : formado por Fumadores/as e Ocasionais.
- **Non Fumadores/as**: formado por Non Fumadores/as e Ex-Fumadores/as.

A porcentaxe de PAS homes que non fuman é dun **78,5 %** (non fumadores 45,4% + ex-fumadores 33,1%), mentras que as mulleres que non fuman (non fumadoras 40,5% + ex-fumadoras 33,5%), representan un **74%** ($p=0.354$).

Táboa 56. Clasificación de Tabaco en 2 categorías, en PAS

CONSUMO TABACO	HOMES n=130 (41%)		MULLERES n=188 (59%)		p
	n	%	n	%	
Non Fumador/a	102	78,5	139	74	0,354
Fumador/a	28	21,5	49	26	

Fumadores/as (Fumadores/as + Ocasionais) e *Non Fumadores/as* (Non Fumadores/as + Ex- Fumadores/as).

8.3.3.5.3. Consumo medio de Cigarros / día en Estudantes

A media de cigarros/día para os PAS Fumadores/as (Fumadores/as + Ocasionais) é de 8 cigarros/día de media nos homes e de 7 nas mulleres.

Dado de non existen diferenzas estadísticamente significativas ($p=0,736$), podemos confirmar que os homes e mulleres fuman practicamente o mesmo.

8.3.3.5.4. Idade media de comezo e abandono do consumo de tabaco en PAS

A idade media dos PAS coa que comezaron a fumar foi de **18 anos**, para os homes e **17 anos** para as mulleres; os homes deixaron de fumar aos **37 anos**, e as mulleres deixaron aos **36 anos**.

8.3.4. Percepción da Saúde e CVRS en PAS

8.3.4.1. Percepción da Saúde en PAS

A Percepción da Saúde é unha autovaloración que cada individuo fai sobre a súa propia saúde, e foi obtida da primeira pregunta do cuestionario SF-12 onde se lle preguntaba a cada participante *En xeral, vostede cómo diría que é a súa saúde ?*, e na que tiñan que escoller unha de 5 respostas (Excelente, Moi Boa, Boa, Regular e Mala) relacionadas coa idea que teñen da súa saúde. Os resultados podémolos ver na táboa 57.

Táboa 57. Categorias da Percepción de Saúde por Sexo en PAS

Percepción de Saúde SF-12	HOMES n 130 (41%)		MULLERES n 188 (59%)		p
	n	%	n	%	0,557
Excelente	7	5,4	10	5,3	
Moi Boa	45	34,6	50	26,6	
Boa	52	40	89	47,4	
Regular	25	19,2	36	19,1	
Mala	1	0,8	3	1,6	

Agrupando as cinco categorías anteriores en dous grupos, figura 46, un grupo de **Boa Saúde**, que contestaron *Excelente, Moi Boa e Boa* e outro grupo de **Mala Saúde** que contestaron *Regular e Mala*, obsérvase que unha alta porcentaxe de PAS , 80 % de homes e 79,3% mulleres, percibe que a súa saúde é Boa, fronte aos que a perciben unha Mala Saúde cun 20% en homes e un 20,7% en mulleres, respectivamente ($p=0,557$).

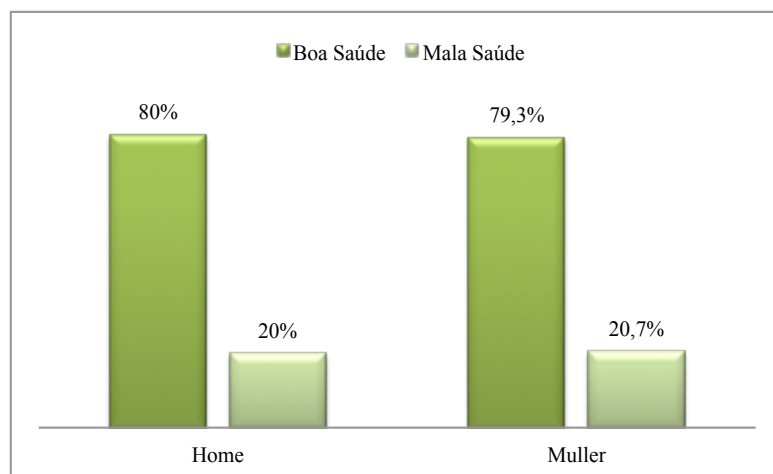


Figura 46. Clasificación da percepción de Saúde en dúas categorías en PAS.
Nota: **Boa saúde** (Excelente, Moi Boa e Boa) e **Mala Saúde** (Regular e Mala)

8.3.4.2. Calidade de Vida relacionada coa saúde en PAS

A CVRS é un concepto moi amplo que está centrado en avaliar a influencia subxectiva do estado de saúde e que está moi determinado pola saúde física, saúde mental e as relación sociais co seu entorno. Os resultados da CVRS foron obtidos do cuestionario SF-12, que consta de 12 ítems e permitiu calcular 2 puntuacións: o Compoñente Sumario Físico (CSF) e Compoñente Sumario Mental (CSM).

Táboa 58. *Compoñentes Sumario de Saúde Física e Mental por Sexo en PAS*

SF-12	HOMES n= 130 (41%)				MULLERES n= 188 (59%)				p
	media	DE	mediana	mín.-máx.	media	DE	mediana	mín.-máx.	
COMPOÑENTE SUMARIO DE SAÚDE FÍSICA	51,1	6,3	52,3	23,3-60,5	49,3	8,0	51,1	20,6-64,0	0,031
COMPOÑENTE SUMARIO DE SAÚDE MENTAL	50,2	8,5	51,5	29,3-66,0	47,1	10,2	49,7	16,4-63,2	0,004

Nota: a poboación de referencia (España) ten unha puntuación media de 50, cunha desviación estándar de 10, polo que valores superiores ou inferiores a 50 indican un mellor ou peor estado de saúde, respectivamente, que a poboación de referencia. Fonte: Vilagut et al. (2008).

A estratexia principal de interpretación do SF-12 baséase na utilización de normas poboacionais de referencia que indican un valor estándar que facilita a interpretación das puntuacións do cuestionario respecto ás esperadas segundo o seu grupo de idade e sexo, neste caso a poboación de referencia é España.

Nos resultados do SF-12 (táboa 58), topáronse diferenzas estatisticamente significativas no CSF ($p=0,031$) e tamén no CSM ($p=0,004$), entre homes e mulleres.

Todos estes resultados dos CSF e CSM segundo as puntuacións do SF-12 versión 1, en PAS, podémolos ver de forma gráfica na figura 47.

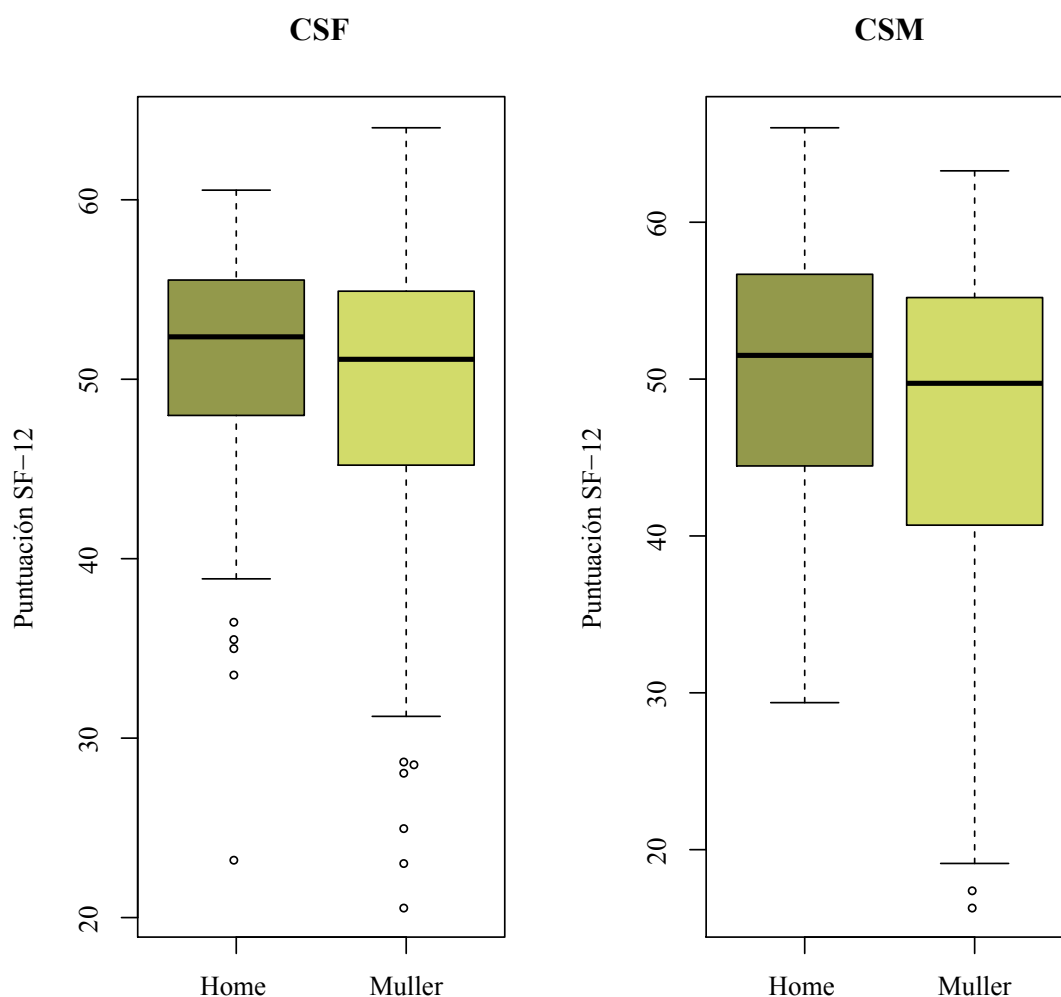


Figura 47. Boxplot dos Componentes Sumarios Físico e Mental segundo as puntuacións do SF-12 versión 1, en PAS

8.3.5 CVRS asociada cos Estilos de Vida, en PAS

8.3.5.1 CVRS asociada co Grao de Obesidade en PAS

Nos homes non atopamos asociación entre a CVRS e o grao de obesidade, ver táboa 59, nin no CSF ($p=0,183$) e tampouco no CSM ($p=0,166$).

Nas mulleres, obsérvanse menores niveis de CVRS conforme aumenta o grao de obesidade, alcanzando significación estatística no CSM ($p=0,046$) pero non no CSF ($p=0,066$).

Táboa 59. CVRS asociada co Grao de Obesidade por sexo, en PAS.

		HOMES n=130 (41%)				MULLERES n=188 (59%)			
	GRAO OBESIDADE	n	media	DE	p	n	media	DE	p
COMPOÑENTE SUMARIO DE SAÚDE FÍSICA	<i>Baixo Peso</i>	0	NA	NA	0,183	4	46,8	8,4	0,066
	<i>Normopeso</i>	42	52,4	4,4		126	49,3	7,9	
	<i>Sobrepeso</i>	68	50,7	7,3		46	50,6	7,9	
	<i>Obesidade</i>	20	49,4	5,4		12	43,8	8,2	
	<i>Total</i>	130	51,1	6,2		188	49,2	8,0	
COMPOÑENTE SUMARIO DE SAÚDE MENTAL	<i>Baixo Peso</i>	0	NA	NA	0,166	4	34,5	12,1	0,046
	<i>Normopeso</i>	42	48,7	8,4		126	47,0	9,7	
	<i>Sobrepeso</i>	68	51,5	8,0		46	48,9	9,5	
	<i>Obesidade</i>	20	48,7	9,5		12	44,9	15,4	
	<i>Total</i>	130	50,2	8,4		188	47,0	10,2	

Baixo peso (IMC < 18,5 Kg/m²), Normopeso (IMC 18,5-24,9 Kg/m²), Sobrepeso (IMC 25-29,9 Kg/m²) e Obesidade (IMC > 30 Kg/m²). NA=Non Avaliable.

** Proba de Scheffé: Nas mulleres atópanse diferenzas significativas entre os grupos de Grao de Obesidade, no CSM ($p=0,046$).*

8.3.5.2 CVRS asociada co nivel de Actividade Física, en PAS

No referente á CVRS, táboa 60, non se observa asociación co grao de Actividade Física nas mulleres nin no CSF ($p=0,231$) e tampouco no CSM ($p=0,807$).

Nos homes atopamos maiores niveis de CVRS no CSF, conforme aumenta o nivel de actividade física ($p=0,010$), e non hai asociación de CVRS no CSM ($p=0,599$).

Táboa 60. CVRS asociada co nivel de Actividade Física por sexo, en PAS.

		HOMES n=130 (41%)				MULLERES n=188 (59%)			
	ACTIVIDADE FÍSICA	n	media	DE	p	n	media	DE	p
COMPOÑENTE SUMARIO DE SAÚDE FÍSICA	<i>Baixa</i>	22	49,2	5,7	0,010	43	48,1	8,2	0,231
	<i>Moderada</i>	47	49,6	7,2		82	48,8	8,3	
	<i>Alta</i>	61	52,8	5,2		63	50,6	7,4	
	<i>Total</i>	130	51,1	6,2		188	49,2	8,0	
COMPOÑENTE SUMARIO DE SAÚDE MENTAL	<i>Baixa</i>	22	49,6	10,1	0,599	43	46,3	9,4	0,807
	<i>Moderada</i>	47	49,4	8,4		82	47,0	10,7	
	<i>Alta</i>	61	51,0	7,9		63	47,6	10,2	
	<i>Total</i>	130	50,2	8,4		188	47,0	10,2	

A actividade física semanal mídese a través do rexistro en met/min./semana. **AF Baixa** menos de 600 met, **AF Moderada** 600-1.500 met e **AF Alta** cando acumulen alomenos 1500 met con AF Vigorosa en 3 ou máis días ou cando alcanzen alomenos 3.000 met coa combinación de Camiñar + AF Moderada.

* **Proba de Scheffé:** Nos homes atópanse diferencias significativas entre os grupos de Actividade Física, no compoñente sumario de saúde física. ($p=0,010$).

8.3.5.3 CVRS asociada co nivel Adherencia á Dieta Mediterránea, en PAS

En relación coa Adherencia á Dieta Mediterránea (táboa 61), non atopamos asociación significativa coa CVRS, nin en homes e mulleres, tanto no compoñente sumario de saúde física (homes: $p=0,545$, mulleres: $p=0,734$) como no compoñente sumario de saúde mental (homes: $p=0,301$, mulleres: $p=0,465$).

II PARTE: ESTUDO PRÁCTICO

Táboa 61. CVRS asociada co nivel de Adherencia á Dieta Mediterránea e Sexo, en PAS.

		HOMES n=130 (41%)				MULLERES n=188 (59%)			
	ADHERENCIA DIETA MEDITERRÁNEA	n	media	DE	p	n	media	DE	p
COMPOÑENTE SUMARIO DE SAÚDE FÍSICA	<i>Baixa</i>	8	48,8	5,3	0,545	9	47,9	6,3	0,734
	<i>Media</i>	74	51,4	5,0		98	49,6	8,0	
	<i>Óptima</i>	48	50,9	7,9		81	48,9	8,2	
	<i>Total</i>	130	51,1	6,2		188	49,2	8,0	
COMPOÑENTE SUMARIO DE SAÚDE MENTAL	<i>Baixa</i>	8	45,7	7,2	0,301	9	49,6	11,6	0,465
	<i>Media</i>	74	50,5	7,7		98	46,2	11,0	
	<i>Óptima</i>	48	50,4	9,5		81	47,7	9,1	
	<i>Total</i>	130	50,2	8,4		188	47,0	10,2	

Níveis de ADM: *baixa* (puntuación total ≤ 3), *media* (4 - 7) e *óptima* (≥ 8).

8.3.5.4. CVRS asociada co Consumo de Alcohol, en PAS

En relación co hábito do consumo de alcohol (táboa 62), non atopamos asociación significativa coa CVRS, nin en homes e mulleres, tanto no compoñente sumario de saúde física (homes: $p=0.839$, mulleres: $p=0.126$) como no compoñente sumario de saúde mental (homes: $p=0.091$, mulleres: $p=0.506$).

Táboa 62. CVRS asociada co consumo de Alcohol por Sexo, en PAS.

		HOMES N 130 (41%)				MULLERES N 188 (59%)			
	ALCOHOL	n	media	DE	p	n	media	DE	p
COMPOÑENTE SUMARIO DE SAÚDE FÍSICA	<i>Non Bebedor/a</i>	8	50,5	5,5	0,839	29	45,2	9,9	0,126
	<i>Ocasional</i>	48	51,5	4,7		79	50,1	8,1	
	<i>Ex-Bebedor/a</i>	4	47,2	1,1		4	49,3	8,0	
	<i>Fin de Semana</i>	34	51,1	6,8		51	49,9	7,2	
	<i>Días Laborables</i>	19	51,5	6,4		19	50,2	5,4	
	<i>Todos os días</i>	17	50,4	9,4		6	49,3	5,0	
	<i>Total</i>	130	51,1	6,2		188	49,2	8,0	
COMPOÑENTE SUMARIO DE SAÚDE MENTAL	<i>Non Bebedor/a</i>	8	53,8	7,4	0,091	29	48,2	9,2	0,506
	<i>Ocasional</i>	48	50,6	7,9		79	46,9	11,5	
	<i>Ex-Bebedor/a</i>	4	39,3	9,0		4	44,2	5,5	
	<i>Fin de Semana</i>	34	49,0	8,9		51	47,7	8,6	
	<i>Días Laborables</i>	19	50,9	7,2		19	43,3	11,4	
	<i>Todos os días</i>	17	51,5	9,5		6	51,0	6,5	
	<i>Total</i>	130	50,2	8,4		188	47,0	10,2	

8.3.5.5. CVRS asociada co Consumo de Tabaco, en PAS

En relación co hábito tabáquico (táboa 27), non atopamos asociación significativa coa CVRS, nin en homes e mulleres, tanto no compoñente sumario de saúde física (homes: $p=0.068$, mulleres: $p=0.117$) como no compoñente sumario de saúde mental (homes: $p=0.218$, mulleres: $p=0.217$).

Táboa 63. CVRS asociada co consumo de Tabaco por Sexo, en PAS.

		HOMES n=130 (41%)				MULLERES n=188 (59%)			
	TABACO	n	media	DE	p	n	media	DE	p
COMPOÑENTE SUMARIO DE SAÚDE FÍSICA	<i>Non Fumador/a</i>	59	50,9	5,1	0,068	76	48,9	9,0	0,117
	<i>Ocasional</i>	13	52,5	4,9		18	53,1	6,1	
	<i>Fumador/a</i>	15	47,4	9,1		31	47,5	7,6	
	<i>Ex-Fumador/a</i>	43	52,1	6,5		63	49,4	7,1	
	<i>Total</i>	130	51,1	6,2		188	49,2	8,0	
COMPOÑENTE SUMARIO DE SAÚDE MENTAL	<i>Non Fumador/a</i>	59	49,2	8,6	0,218	76	48,6	10,3	0,217
	<i>Ocasional</i>	13	54,6	5,8		18	44,6	11,6	
	<i>Fumador/a</i>	15	49,96	9,9		31	44,6	10,6	
	<i>Ex-Fumador/a</i>	43	50,3	8,2		63	47,1	9,4	
	<i>Total</i>	130	50,2	8,4		188	47,0	10,2	

8.3.5.6. Análise Multivariante, en PAS

Co obxectivo de explicar a influencia dos Estilos de Vida sobre a Calidade de Vida Física e Mental, controlando as variables estudadas, realizouse unha análise de **regresión lineal multiple** (táboa 64). Esta análise centrouse nas variables dependentes da percepción da saúde física (SF-12) e saúde mental (SF-12), tomando como variables independentes: Idade, Sexo, IMC, Actividade Física, Adherencia á Dieta Mediterránea e consumo de Tabaco e Alcohol, que son potencialmente explicativas da CVRS Física e Mental.

Táboa 64. Modelo explicativo da influencia dos Estilos de Vida sobre a Calidade de Vida Física e Mental (SF-12), en PAS

	CVRS Física				CVRS Mental			
	Coeficiente	EE	t	p	Coeficiente	EE	t	p
Intercepto	53,649	3,740	14,345	<0,001	36,030	4,976	7,240	<0,001
Idade	-0,024	0,053	- 0,441	0,659	0,098	0,071	1,382	0,168
Sexo	1,946	0,928	2,097	0,037	2,368	1,235	19,17	0,056
IMC (Kg/m^2)	-0,247	0,118	-2,097	0,037	0,214	0,157	1,368	0,172
Actividade Física								
Baixa	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref
Moderada	0,314	1,111	0,282	0,778	0,484	1,478	0,328	0,743
Alta	2,431	1,167	2,084	0,038	1,537	1,552	0,990	0,323
ADM	-0,116	0,196	-0,593	0,554	0,176	0,261	0,674	0,501
TABACO	-0,851	0,954	-0,892	0,373	-1,101	1,269	-0,867	0,387
ALCOHOL								
Abstemio	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref
Bebedor/a Ocasional	3,373	1,270	2,657	0,008	-0,252	1,689	-0,149	0,882
Bebedor/a Habitual	3,092	1,254	2,465	0,014	-0,362	1,669	-0,217	0,828

Sexo (0, muller; 1, home); IMC, Índice de masa corporal; ADM, Adherencia á dieta mediterránea (Puntuación Kidmed) e Tabaco (0, Non; 1, Si). Ref, grupo de referencia.

Os resultados presentados na táboa 64, poñen de manifesto que:

a. CVRS Física

Nas variables demográficas: non se atopa asociación coa Idade ($p=0,659$), e os homes presentan niveis significativos estadisticamente máis altos cas mulleres ($p=0,037$).

II PARTE: ESTUDO PRÁCTICO

Nos Estilos de vida:

- **IMC:** diminúe significativamente co grao de obesidade ($p=0,037$).
- **Actividade Física:** non se observan diferenzas entre realizar AF moderada en relación coa AF Baixa ($p=0,778$), pero si atopamos niveis significativos máis altos entre realizar AF Alta en relación coa AF Baixa ($p=0,038$).
- **ADM:** non se atopa asociación ($p=0,554$).
- **Consumo de Tabaco:** non se atopa asociación ($p=0,373$).
- **Consumo de Alcohol:** atopamos asociación cun aumento de CVRS Física nos bebedores Habituais ($p<0,014$) e bebedores ocasionais ($p<0,008$).

b. CVRS Mental

No referente á saúde mental percibida non se atopou asociación significativa nin coas variables sociodemográficas, aínda que a variable Sexo case alcanza significación estadística ($p=0,056$), nin cos estilos de vida analizados.

CAPÍTULO 9

DISCUSIÓN

9.1. Introducción á Discusión

Este estudo está centrado na CVRS e os estilos de vida de toda a comunidade universitaria (Estudantes, PDI e PAS), dado que a inmensa maioría dos traballos de investigación están enfocados no grupo estudantes, que é a parte maioritaria das Universidades, foi relativamente doado facer unha discusión neste grupo porque hai bibliografía suficiente; non así, no grupo de do PDI e PAS que os estudos son máis escasos debéndonos apoiar en traballos sobre poboación adulta como os da *Encuesta Nacional de Salud en España* (ENSE), *Enquisa Europea de Saúde en España* (EESE), *Sistema de Información de Condutas de Risco* (SICRI) da Consellería de Sanidade (Xunta de Galicia), *Eurobarómetro da Comisión Europea*, etc.

Os Os principais achados neste estudo, no que se valoran os estilos de vida na comunidade universitaria e no referente a súa relación coa CVRS son:

9.1.1. Estilos de vida na comunidade universitaria

Os homes, tanto Estudantes, PDI e PAS, presentan maiores taxas en sobrepeso e obesidade que as mulleres, aumentando progresivamente coa idade. Estas taxas son inferiores ás referidas para a poboación española (ENSE/EESE, 2014) agás os PAS Homes que presentan cifras superiores.

Na Actividade Física, tanto en Estudantes, PDI e PAS, as mulleres teñen maiores porcentaxes Actividade Física Baixa cos homes, aumentando progresivamente coa idade; aínda así están por debaixo da media española (ENSE/EESE, 2014).

PDI e PAS teñen unha moi boa Adherencia á Dieta Mediterránea, non así os estudantes, que refiren una Baixa Adherencia cun 14% nas mulleres, e un 24% nos homes. Posiblemente estos resultados débense a que PDI e PAS son maiores en idade e están máis adaptados á esixencia da vida universitaria, xestionando mellor o seu tempo para temas de dieta e actividade física.

II PARTE: ESTUDO PRÁCTICO

Toda a comunidade universitaria ten unha valoración da autopercepción da súa saúde bastante alta na que nos estudantes ronda o 90% e no PDI-PAS sobre o 80%, estando estes resultados por riba da media española (ENSE/EESE, 2014).

No referente ao consumo de alcohol na comunidade universitaria comparada coa media española, (ENSE/EESE, 2014), vemos que as mulleres dos tres grupos e os homes PAS están por riba da media, mentras que os homes Estudantes e PDI están por debaixo. O padrón de consumo de bebidas alcohólicas é máis frecuente nas fins de semana nos tres grupos e por sexo.

A entrada en vigor da Lei de Prevención do Tabaquismo supuxo unha aportación decisiva para o descenso da prevalencia do tabaquismo da nosa comunidade universitaria pero ao comparala coa media española (ENSE/EESE, 2014), só os homes PDI e PAS están por debaixo.

9.1.2. A relación entre a CVRS e os estilos de vida

Atopamos que a Obesidade e a Actividade Física están asociados coa CVRS e non así co consumo de tabaco e a Adherencia á Dieta Mediterránea, sendo de difícil interpretación a asociación co consumo de alcohol.

En Obesidade, nas mulleres, obsérvase que no grupo das estudantes presentan menores puntuacións no CSF; as PAS menores puntuacións no CSM e case alcanzando significación estatística no CSF, e nas PDI non se atopa asociación estatística entre obesidade e CVRS.

No referente aos homes non hai asociación entre a CVRS e a Obesidade en ningún grupo da comunidade universitaria.

En relación á Actividade Física, aínda que case alcanzan significación etatística, os estudantes homes ($p=0,077$) e mulleres ($p=0,085$), podemos dicir que unha actividade física alta está asociada a maiores puntuacións co CSF e ademáis nos estudantes homes si hai asociación no CSM. No grupo PDI a Actividade Física está asociada nos dous compoñentes (CSF e CSM) nos homes.

9.2. Discusión dos resultados por grupos

A continuación, imos comparar e contrastar os principais achados deste estudo, os seus resultados, a súa intensidade e diferenzas con outras investigacións e traballos científicos facendo unha discusión polo miúdo e separada por sexo e grupos (Estudantes, PDI e PAS).

9.2.1. Discusión ESTUDANTES

9.2.1.1. Discusión da Mostra en Estudantes

Na análise da distribución da mostra segundo o sexo, as mulleres representan un 62% e o homes un 38%, sendo esta distribución similar á do SUG (Sistema Universitario Galego), na que as mulleres representan o 55% e os homes o 45%. En todos os Campus hai unha maior presenza de mulleres.

A maior parte da poboación participante é normopeso, 75,5% nas mulleres e un 66,9% nos homes, sendo esta porcentaxe máis baixa que o reportado nun estudo recente para universitarios do Campus de Ourense no que tiñan un 83% e 79% respectivamente (De la Montaña et al., 2012) e tamén no estudo realizado pola Universidade Pública de Navarra no que o seu resultado foi dun 78,8% de normopeso (UPNA, 2006).

9.2.1.2. Discusión das Variables Sociodemográficas en Estudantes

No estudo global das variables sociodemográficas por sexo, observamos que os valores obtidos para as medidas antropométricas presentaron unha idade, peso, altura e IMC significativamente maior nos homes que nas mulleres.

A media de idade dos homes foi de 24,6 anos mentras que a de as mulleres foi de 23,7 anos. O peso medio en homes foi de 75,3 kg e o das mulleres 60,9 kg, a altura media nos homes foi de 177 cm e nas mulleres de 165 cm. O peso e a altura son practicamente iguais ao estudo da Universidade Pública de Navarra (UPNA, 2006).

II PARTE: ESTUDO PRÁCTICO

Coa variable do IMC, a media en homes foi 23,8 Kg/m², presentando un rango de 15,3 a 33,0 Kg/m² e a media en mulleres foi de 22,5 Kg/m², cun rango de 15,3 a 41,4 Kg/m² (p <0,001).

9.2.1.3. Discusión sobre os Estilos de Vida en Estudantes

Grao de obesidade en Estudantes

Neste estudo a prevalencia de sobrepeso do estudantado foi dun 24,7% en homes e 14,2% en mulleres, e no referente á obesidade un 6% e 3,3% repectivamente. Varios estudos tamén demostran que o sobrepeso e a obesidade é superior nos homes que nas mulleres (Cervera et al., 2013; Hernan et al., 2004; Rethaiaa et al., 2010).

Con respecto ao estudo SICRI de 2015, sobre a poboación galega, no grupo de 16 a 24 anos a prevalencia de sobrepeso foi un 15,55% en mulleres e un 18,08% en homes, e en obesidade un 4,63% e 3,66% respectivamente. Pódese observar que os homes universitarios teñen máis sobrepeso e obesidade que a poboación galega.

Tamén dicir que os resultados deste estudo foron un pouco máis altos comparandoos cos obtidos noutros estudos universitarios como o da *Encuesta Nacional de Salud* (ENS, 2011-12) realizada sobre a poboación con estudantes universitarios de 18 a 24 anos, o estudo da *Federación Española de Nutrición* (FEN 2012-13) sobre hábitos alimentarios e estilos de vida dos universitarios españois (Ruiz et al., 2013), o estudo do Campus de Ourense (De la Montaña et al., 2012), e do estudo da Universidade Pública de Navarra (UPNA, 2006), antes mencionados.

Ao comparar os resultados de *Sobrepeso* e *Obesidade* deste estudo cos da enquisa da poboación española adulta ENSE/EESE de 2014, vemos que tanto os estudantes homes como mulleres están por debaixo da media española.

Obsérvase que na enquisa ENSE/EESE hai unha subida paulatina en sobrepeso e obesidade na poboación española.

Na análise da composición corporal do estudantado universitario español (Cossio-Bolaños et al., 2011), conclúe que os universitarios de ambos sexos presentan diferenzas

propias dos patróns de dimorfismo sexual humano, así como a tendencia de exceso de grasa corporal en ambos sexos.

Cos datos *Secretaría General de Universidades* do *Ministerio de Educación, Cultura y Deporte* (MECD), no que nas universidades españolas estiveron matriculados 1.529.730 estudantes (MECD, 2016), a comunidade universitaria constitúe un grupo de poboación suficientemente numeroso e interesante para tratar de reducir a prevalencia de sobrepeso na vida adulta a través de estratexias de promoción da saúde (Lowry, et al., 2000).

Nivel de Actividade Física en Estudantes

No referente ao nivel de actividade física con respecto ao sexo, no estudantado do SUG as mulleres son máis sedentarias cos homes, cun 17,2% de *Actividade Física Baixa* fronte un 11,5% nos homes.

Os resultados do SUG son máis baixos que os obtidos na poboación galega que, segundo o SICRI en 2015, o sedentarismo para o tramo de 16 a 24 anos foi dun 28% nos homes e dun 46% nas mulleres e tamén foron máis baixos respecto ao atopado na Universidad de Murcia (Mantilla, 2007) no que os estudantes obtiveron un 20% de AF Baixa, aplicando o cuestionario IPAQ.

Noutras investigacións vemos que os homes son tamén máis activos e realizan máis actividade física cas mulleres (Molina-Garcia, et al., 2009; Moreno-Gomez, et al., 2012; Romaguera, et al., 2011; Jurakic et al., 2009; Eisenmann et al., 2008; Li et al., 2009; Rico, 2017); e tamén hai outros traballos nos que as mulleres tenden a abandonar a práctica de actividade física a idades máis temperás (Molina-Garcia et al., 2009).

Ter organizado o tempo para estudar é o motivo máis determinante segundo o alumnado para iniciar a práctica físico-deportiva tanto no xénero masculino como no feminino (Rico, 2017), ademáis, para os homes, a práctica deportiva ou actividade física, está máis ligada á interacción social cos compañeiros, e nas mulleres máis motivada polos beneficios para a saúde (Pan et al., 2009).

II PARTE: ESTUDO PRÁCTICO

Vendo os resultados dos estudantes do SUG, no que o xénero é un factor significativo, e recordando que as mulleres son un 55 % da poboación universitaria de Galicia, debe ser un factor importante á hora de programar actividades físicas.

Os resultados de sedentarismo do noso traballo son máis baixos que os da enquisa ENSE/EESE 1993-2014, na que valora o sedentarismo en adultos en España entre os anos 1993 e 2014, sendo o ano 2014 o punto máis baixo co 42% nas mulleres e 31,1% nos homes.

Finalmente, sabendo que na etapa universitaria, hai un abandono de hábitos saudábeis entre os estudantes, a dieta e a AF deben ser considerados como puntos importantes nos que se debe basear o cambio de estilo de vida.

Segundo os datos da ENSE/EESE 1993-2014, que analizou a prevalencia de sedentarismo en España, esta enquisa reflicte unha baixada en homes e mulleres, concretamente en 2014 foi dun 31,1% en homes e un 42% en mulleres. Póidose observar que o sedentarismo foi sempre máis elevado nas mulleres.

Con respecto a estes datos o noso estudo de Estudantes, tanto os homes como as mulleres están por debaixo da ENSE/EESE 1993-2014, que mentras os estudantes homes están 20 puntos porcentuais por debaixo, as mulleres están a 25 puntos.

É importante dotar de medios económicos, recursos humanos e infraestruturas co fin de promover o exercicio regular e unha dieta saudable porque hai aspectos nas tres universidades que non favorecen estilos de vida saudábeis.

Para finalizar, as Universidades dende que se integraron no Espazo Europeo de Educación Superior (EEES), animan ao estudantado universitario a incrementar a práctica deportiva recoñecéndolle con ata 6 créditos ECTS, desta maneira, o estudante poder configurar o seu currículo con actividades deportivas, entre outras. Este recoñecemento de créditos ECTS, está no artigo 46.2 da Lei de Ordenación Universitaria (LOU), e as tres universidades de Galicia aprobaron en cadansúa resolución reitoral.

Aínda que, as universidades conceden créditos para deportistas de alto nivel, alumnado inscrito en actividades regradas polos servizos de deportes, por representar a cadansúa

universidade (Campionatos de Galicia Universitarios, Campionatos Universitarios de España, Xogos Galaico-Durienses, etc.), non teñen un baremo unificado na cantidade de créditos por cada concepto, sendo distinto en cada universidade (anexos 6, 7 e 8).

Dieta Saudable (ADM) en Estudiantes

Ao longo do século pasado, en España, como no resto dos países occidentais, producíronse cambios socioeconómicos importantes, que repercutiron no consumo de alimentos e no estado nutricional da poboación, sendo salientable a imitación dos modelos alimentarios americanos (Bayona-Marzo et al., 2007).

Neste estudo detectáronse porcentaxes altas de universitarios, sobre todo nos homes, con dietas pouco saudables.

As porcentaxes de *Baixa Adherencia* foron do 14% nas mulleres, e do 24,1% nos homes que, comparado co estudo do Campus de Ourense de 2012 (10% e 12%, respectivamente), foron máis altos, 4 puntos máis nas mulleres e o dobre nos homes; e moi superior ao do estudo dunha poboación do Campus de Pamplona (Dura e Castroviejo, 2011), da Universidad de Navarra (9,5%), sendo a ADM similar en mulleres en ambos estudos.

Os estudantes universitarios teñen unha alta convicción favorable sobre alimentación pero teñen prácticas pouco ou nada saudábeis (Montero et al., 2006; Miguez et al., 2013), salientando que os homes teñen prácticas menos acordes coa saúde, no que se refire a alimentación, cas mulleres (Lema, et al., 2009), tal e como ocorre tamén no noso estudo.

Entre os aspectos positivos da dieta, sinalar que unha porcentaxe moi alta declara o consumo diario dunha peza de froita, que no almorzo toman un lácteo, un cereal ou derivado, e destacar que practicamente todos os participantes utilizan o aceite de oliva para cocinar.

Unha porcentaxe alta declara que consome verduras unha vez ao día, peixe de 2 a 3 veces/semana e legumes máis de 1 vez/semana, a metade consome 2 iogures e/ou 400 g de queixo ao día, case a metade declara que toma unha segunda peza de froita diaria e máis dun

II PARTE: ESTUDO PRÁCTICO

terzo consome pasta ou arroz 5 veces ou + /semana e 2 froitos secos, alomenos, 2 veces/semana, e verduras máis dunha vez ao día.

A *Enquisa Europea de Saúde de España* (ENSE/EESE, 2014), que estudou o consumo de froitas e verduras na poboación *de 15 e + anos*, no que se preguntaba pola regularidade da inxesta de froitas e de verduras, encontrou que as mulleres (67,1%) consomen máis froita que os homes (58,2%), e no consumo de verduras as igualmente mulleres (50%) teñen maior porcentaxe que os homes (39,1%).

Os datos do estudo SICRI do ano 2014, no referente á poboación galega no tramo de 16 a 24 anos que consumiron froita a diario foi dun 60,45% nos homes e dun 68,21% nas mulleres e no que concerne ao consumo de verdura a diario, foi dun 41,20% e 47,81% respectivamente.

Os resultados dos estudantes do SUG foron máis favorables que os da *Enquisa Europea de Saúde de España*, e os do SICRI, dado que os universitarios tiveron en consumo de froita un 78,4% nas mulleres e un 74,7% nos homes, e no referente ao consumo de verduras as mulleres tamén teñen maior porcentaxe cos homes cun 69,6% e 55,4%, respectivamente.

Os resultados dos estudantes galegos son moi positivos porque 8 de cada 10 toman unha peza de froita ao día e a porcentaxe de consumo de verdura é alto en mulleres, 70%, e un 55% en homes, estando por riba da media española e galega.

Destacar que a porcentaxe de consumo de froitas e verduras é máis alto nas estudantes galegas.

No estudo sobre Froitas e Hortalizas feito en 2018, pola Fundación Española de la Nutrición (FEN, 2018), sobre hábitos alimentarios e estilos de vida dos universitarios españois, conclúese que os estudantes presentan unha dieta que se afasta das recomendacións no referente aos consumos dos diferentes grupos de alimentos e aos padróns da Dieta Mediterránea. Podendo apreciar como un 50% da poboación presenta unha inxesta insuficiente de froitas e hortalizas e só un 20% dos universitarios toman un número adecuado de racións nestes alimentos.

Analizando os aspectos de connotación negativa que supoñen un afastamento da ADM pódese observar:

a. restaurantes de comida rápida Un 16,8% de mulleres e un 21,7% de homes van semanalmente a restaurantes de comida rápida. Os padróns culturais da alimentación estánse a deteriorar cada vez máis, producindo unha desestructuración dos ritmos e hábitos alimenticios, como comer fóra de casa e abusar da comida rápida (Gomez e Salazar, 2010).

b. Hábito de Non almorzar

No noso estudo os homes (22,9%) teñen máis *hábito de non almorzar* que as mulleres (15,8%). Estes resultados son menores que os do Campus Universitario de Pamplona onde a metade dos enquisados non almorzaban e a súa inxesta calórica matutina estaba por debaixo do recomendado (Durá, 2013), pero moi alto se se compara co estudo da UIB (Bennassar, 2012), cun 10,2% para os que contestaron que “non almorzan”, e co estudo da poboación española de 15 a 24 anos realizado en 2011 (ENSE/EESE 2001-2011) que ronda o 8% en ambos sexos.

c. Bolaría industrial

Segundo a *Encuesta Nacional de Salud* (ENS, 1997) o consumo de bolaría industrial estaba nun 13%, e no noso estudo un 26% en mulleres e 39,8% en homes almorzan habitualmente con este tipo de bolaría.

d. Doces ou lambetadas

No noso estudo un 15,4% en mulleres e 14,5% en homes tomaron varias veces ao día doces ou lambetadas.

Este resultado pon de manifesto a necesidade de facer propostas para correxir os hábitos dietéticos. As propostas que se recomendan serían incrementar o consumo diario da segunda ración de froita, verduras e legumes, aumentar o consumo semanal de peixe, arroz e pasta, e consumir semanalmente froitos secos para incorporalos á dieta, pero con precaución debido ao aporte enerxético que supón para os que teñen sobrepeso.

II PARTE: ESTUDO PRÁCTICO

No que se refire a comportamentos de connotación negativa, débese fomentar o hábito dun almorzo regular e saudábel, sen conter bolaría industrial; evitar ir aos restaurantes de comida rápida e reducir o consumo diario de doces e lambetadas, relegándoos a un consumo ocasional.

Algúns autores destacan que a poboación universitaria é un grupo especialmente vulnerable dende o punto de vista nutricional (Lopez-Garcia et al., 2003), caracterizándose por saltarse comidas con frecuencia, picar entre horas, ter preferencia pola comida rápida e consumir alcohol frecuentemente (Gottschalk et al., 1977).

Un pequeno almorzo saudable a media mañá e unha merenda a media tarde, consumindo alimentos como froitas, froitos secos, lácteos ou *bocadillos* tradicionais de pan integral, vai permitir aumentar o número de comidas e a calidade da dieta.

Deberíanse realizar unha serie de modificacións no entorno universitario para que promovan as condicións de consumir unha alimentación saudable.

Consumo de Alcohol en Estudiantes.

Segundo o Informe do *Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías* (OEDT), correspondente ao ano 2016, o alcohol é a sustancia psicoactiva cun consumo máis extendido entre os estudantes de Ensino Secundario, de 14-18 anos, no que o 78,9% consumiu bebidas alcohólicas nalgunha ocasión da súa vida (OEDT, 2016).

Nos estudantes universitarios tamén o alcohol segue a ser a droga legal máis consumida nesta poboación, como se demostra en diferentes estudos (Caceres et al., 2006; Arguello, et al., 2009; Moreno-Gomez et al., 2012).

No noso estudo a porcentaxe de estudantes universitarios que son consumidores habituais de bebidas alcohólicas é do 36,7% nos homes, e do 32,2% para as mulleres; estas cifras son inferiores ao 58% alcanzado no estudos da UIB (Bennasar, 2012) e Universidade de Murcia (Mantilla, 2007), e moi inferiores ao 70.2% da UPNA e ao estudo da Universidad de Alicante, no que os consumidores habituais foron dun 74% en homes e un 63% as mulleres (Reig-Ferrer et al., 2001).

O consumo habitual de alcohol na poboación española de 15 e + anos de 2014 (ENSE/EESE, 2014) foi dun 50,29% en homes e un 23,88% en mulleres, polo que os estudantes homes do SUG están 14 puntos porcentuais por abaixo da enquisa española e as mulleres están 8 puntos por riba.

Segundo os datos do OEDT nestes últimos anos, o modelo ou padrón de consumo de bebidas alcohólicas entre a xente nova é máis frecuente nas fins de semana e días festivos (Romero et al., 2004; Pastor, 2002; UPNA, 2006), e os resultados deste traballo van por este camiño, demostrando que o padrón de consumo de alcohol dos estudantes universitarios do SUG céntrase fundamentalmente nas fins de semana, cunha media nos homes de 34,2 g/alcohol fronte a 6,4 de luns a venres, e nas mulleres de 29,1 g/alcohol fronte a 2,6 de luns a venres.

En relación co padrón de consumo de alcohol, os hábitos son similares para homes e mulleres durante a fin de semana ($p=0,024$), pero ao longo da semana os homes consomen maior cantidade de alcohol cas mulleres ($p=0,015$).

No noso estudo, a proporción de bebedores de risco, segundo os criterios de clasificación do *Ministerio de Sanidad y Consumo* (MSC) na *Prevención de los problemas derivados del Alcohol* (MSC, 2008), foi do 0,6% en homes e 0,4% en mulleres, sendo máis baixa que no estudo da UIB (Bennassar, 2012) que foi dun 2,3%, un 4,9% na UPNA e moi inferior á do estudio EDADES de 2009 que foi dun 7,5%.

Para finalizar este apartado de consumo de alcohol, dicir que a idade media dos estudantes, tanto homes coma mulleres, que comezaron a beber alcohol foi aos 16 anos, no estudo de Navarrete e Rego foi aos 15 anos, e mentras que os homes que deixaron de beber foi aos 20 anos, as mulleres deixaron de beber aos 23 anos.

Consumo de Tabaco en Estudiantes.

Segundo o Informe do OEDT correspondente ao ano 2016, o tabaco foi a segunda droga de maior prevalencia entre os estudantes de secundaria (14-18 anos), e o 38,4% fumou tabaco algunha vez na súa vida (OEDT, 2016).

Nos estudantes universitarios tamén o tabaco segue a ser unha droga legal moi consumida, como se demostra en diferentes estudos (Arguello, et al., 2009; Moreno, et al., 2012; Caceres et al., 2006).

No noso estudo, a prevalencia de estudantes homes fumadores foi dun 30,7 % (fumadores 13,8% + ocasionais 16,9%), e as mulleres un 22,7% (fumadoras 9,9% + ocasionais 12,8%).

No estudo da UPNA a prevalencia de estudantes que fuman foi dun 39,5%, no estudo de universitarios de Murcia (Mantilla, 2007) foi dun 42% e no estudo da Universidad de Alicante un 34% (Reig-Ferrer et al., 2001).

Con estas porcentaxes o noso estudo manténse dentro do rango da prevalencia do hábito tabáquico en universidades españolas, que oscila entre o 17% e o 42%, sendo a prevalencia máis habitual de aproximadamente o 26% (Garcia, et al., 2007; Garcia de Albeniz, et al., 2004; Adriana, et al., 2009 e Ledo-Varela, et al., 2011).

A media de cigarros/día para os estudantes do SUG homes foi de 5 e para as mulleres 6, podendo dicir que os homes e mulleres fuman practicamente o mesmo.

Estes resultados foron lixeiramente inferiores aos atopados noutros estudos, por exemplo no estudo da UIB (Bennassar, 2012) que foi de 7,1 cigarros/día (8,4 no caso dos homes e 6,6 nas mulleres), e outros con medias de 10 e 11 cigarros/día (Jimenez-Muro Franco, et al., 2009 e Moreno-Gomez, et al., 2012).

Segundo a revisión de (Sanchez-Ojeda e De Luna, 2015) a idade de inicio no consumo de tabaco oscila entre os 12 e 17 anos; no estudo da UPN, a idade de comezo foi de 15,7 anos e no noso estudo a idade media dos estudantes, tanto homes coma mulleres que comezaron a fumar foi de 17 anos.

Os estudantes homes do noso estudo que deixaron de fumar foi sobre os 26 anos, as mulleres deixaron aos 22 anos.

No estudo que foi feito durante o curso 2000/01 (Navarrete e Rego, 2001), en estudantes de Galicia e Madrid a porcentaxe de fumadores galegos foi do 43,3%; estes datos foron similares ao estudo que comparou o hábito tabáquico en universitarios en 23 países (Steptoe et al., 2002), no que as taxas máis altas déronse en Grecia, Italia, Portugal e España. Os valores para os estudantes españois foron do 46% en mulleres e do 36% para os homes.

Segundo os datos do ano 2015, do estudo do *Sistema de Información de Condutas de Risco* (SICRI) no referente ao grupo de 16 a 24 anos, na poboación galega, os fumadores foron a nivel global un 22,12% (22,08% homes e 21,40% mulleres) e un 77,88% para os non fumadores (77,20% homes e 78,60% mulleres).

Comparando os datos do SICRI cos do noso estudo mentras que as mulleres obteñen o mesmo resultado, os homes están 8 puntos porcentuais máis elevados que a media de Galicia.

Comparando os datos do noso estudo cos da *Encuesta Europea de Salud en España* (ENSE/EESE, 2014), que analiza a prevalencia de fumadores/as en España de 15 a 24 anos, no ano 2014, vemos que os estudantes homes obtiveron un 30,7% e están a 9,1 puntos porcentuais por riba da media de España (21,6%) e as mulleres estudantes que cun 22,7% están a 7,2 puntos porcentuais por riba da media española (15,5%).

Coa entrada en vigor da *Lei de Prevención do Tabaquismo* (Lei 28/2005), que máis tarde foi modificada en 2011 coa Lei 42/2010, que prohíbe fumar en espazos pechados, nos accesos inmediatos aos edificios universitarios e nas beirarrúas que os rodean, foi unha aportación decisiva para o descenso da prevalencia do tabaquismo da nosa comunidade universitaria.

Vemos que dende 2000 ata 2015 baixou o hábito de fumar considerablemente nos estudantes galegos.

9.2.2. Discusión da Percepción de Saúde e CVRS en Estudantes

Percepción de Saúde en Estudantes

Na autovaloración da percepción de saúde dos estudantes do SUG, unha alta porcentaxe de estudantes, 91,6 % de homes e 86,1% mulleres, percibe que a súa saúde é Boa.

Estes datos son similares aos que se obtiveron noutros estudos con estudantes universitarios, como por exemplo o da Universitat de les Illes Balears, no que o 91% do estudiantado refire ter una boa saúde (Bennassar, 2012), o da Universidad de Alicante no que obtiveron un 88,1% (Reig-Ferrer et al., 2001) e o da Universidade Pública de Navarra (UPNA, 2006) cun 90,3% nos homes e 85,2% nas mulleres.

Segundo os datos do ano 2015, do estudo do *Sistema de Información de Conduas de Risco* (SICRI) da Consellería de Sanidade da Xunta de Galicia, no referente ao no tramo de 16 a 24 anos, a percepción de saúde coa valoración de positiva rondou o 94% tanto en homes coma en mulleres.

En España os datos obtidos en poboación adulta no ano 2014 (ENSE/EESE, 2014), dan unha valoración positiva aos homes dun 75,1% e un 67% nas mulleres, sendo estas puntuacións máis baixas que as acadadas nos estudos antes mencionados.

Podemos observar que a percepción de boa saúde sempre é máis elevada nos homes que nas mulleres, e que na franxa de 16 a 24 anos, a valoración ronda o 90%.

Calidade de Vida relacionada coa Saúde en Estudantes

No referente á percepción de saúde, nos resultados dos Compoñentes Sumarios do SF-12 non se atoparon diferenzas estadísticamente significativas no Compoñente Sumario Físico (CSF) entre homes e mulleres ($p=0,100$) pero sí no Compoñente Sumario Mental (CSM), con valores máis altos nos homes ($p<0,001$).

9.2.3. Discusión da CVRS asociada cos Estilos de Vida, en Estudantes

CVRS asociada coa Obesidade, en Estudantes

No noso estudo, no grupo de estudantes, a obesidade está asociada a unha diminución da puntuación do CSF nas mulleres.

Estes resultados van na liña de traballos anteriores nos que se avaliou a CVRS en poboacións de diferentes países, onde a asociación entre a obesidade e baixa calidade de vida é sempre significativa e negativa nas mulleres (Katz et al., 2000; Yancy et al., 2002; Lopez-Garcia, et al., 2003; Kortt e Clarke, 2005; Jia e Lubetkin, 2005; Huang et al., 2006; Oliva, 2009).

Nun documento de traballo da Universidad de Castilla-La Mancha chegaron á conclusión de que a obesidade está negativamente asociada coa CVRS na poboación española, sendo esta información de gran utilidade para os responsables públicos na formulación das súas políticas de saúde (Oliva, 2009).

Nunha recente tese de doutoramento (Barcones, 2016) conclúe que a obesidade produce un impacto negativo sobre a CVRS, afectando máis á área física que á psicosocial e, en concreto, as maiores consecuencias adversas atópanse nos dominios de Dor corporal e de Función física. A diminución ponderal en persoas con exceso de peso non sempre garantiza unha mellora na CVRS, polo que un tratamento integral de adelgazamento debe ter en conta estes aspectos para mellorar a súa eficiencia.

Ao relacionar o IMC coa CVRS observouse que ao aumentar o IMC a percepción de CV diminuíu, tanto en homes como en mulleres, e en todas as dimensións especialmente nas que valoraban a CV relacionada co estado físico (DRECE Grupo).

Moitos autores concordan que os pacientes obesos tiveron máis baixa calidade de vida, principalmente nas dimensións de mobilidade e dor, calificando peor conforme aumentaba o seu IMC (Sach, et al., 2007; Aviles et al., 2008); outros autores comprobaron que os individuos con máis alto IMC presentaron datos máis baixos de CV en 3 dos 4 dominios do HRQOL (Dinc, et al., 2006), e outros como Fontaine, que no seu estudo no que empregou o cuestionario SF-36 a 312 doentes con obesidade mórbida, mencionan que a obesidade

II PARTE: ESTUDO PRÁCTICO

afecta profundamente á CV nas dimensións de actividade física, social e funcional (Fontaine et al., 1996); finalmente outro estudo, tamén con individuos con obesidade mórbida, conclúe que as dimensións máis afectadas foron a mobilidade, dor, hixiene persoal e emocións (Duval, et al., 2006).

CVRS asociada coa Actividade Física en Estudantes

Na mostra de estudantes galegos, a *AF moderada e alta* están asociadas con puntuacións significativamente máis altas no CSM nos homes e unha tendencia a maior puntuación no CSF, nos homes e mulleres.

No estudo da Universidad de Valladolid os individuos fisicamente máis activos teñen unha mellor percepción da CVRS e unha maior adherencia á dieta mediterránea (Cartujo, 2017).

No traballo feito ao alumnado do Grao en Educación Infantil da Facultade de Ciencias da Educación da Universidad de Sevilla, no que todas eran mulleres de 18 a 25 anos, os resultados foron que a cantidade de AF e a composición corporal non afectaban ao estado físico nin mental das alumnas (Gallego Sánchez-Noriega, 2015).

Os resultados dunha enquisa feita a 604 universitarios de EEUU indican que os programas de educación para a saúde co fin de promover a AF regular e aumentar autoestima física poden ser eficaces na mellora da calidade de vida en adultos novos (Joseph et al., 2014).

CVRS asociada coa Adherencia á Dieta Mediterránea

Na relación coa ADM, nos universitarios galegos non se observaron diferencias significativas nas puntuacións do CSF e CSM, tanto en homes como en mulleres, pero a asociación entre o CSM e a ADM nos homes case alcanza significación estadística ($p=0,054$).

O estudo *Adherence to the Mediterranean diet and quality of life in the SUN Project*, liderado pola Universidad de Las Palmas de Gran Canaria e a Universidad de Navarra que analizou a influencia da DM sobre a CV, cunha mostra de máis de 11.000 universitarios españois durante catro anos, os resultados revelaron unha asociación directa significativa

entre a ADM nos dominios físicos e de saúde mental, chegando á conclusión que a ADM parece ser un factor importante asociado cunha mellor CVRS, sendo esta asociación máis forte para a CV física (Sánchez, et al., 2012).

No estudo da Universidade de Tanta, que avaliou o efecto dos factores de risco asociados ao estilo de vida sobre a súa CV de 475 estudantes, chegou a conclusión de que as materias estudadas (sobrepeso, obesidade, sedentarismo e hábitos alimentarios) amosaron puntuacións pobres ou xustas nos distintos dominios de CV (Essa & El-Shamy, 2015).

No estudo da Universidad de Valladolid os individuos fisicamente máis activos teñen unha mellor percepción da CVRS e unha maior adherencia á dieta mediterránea (Cartujo, 2017).

Varios estudos analizaron a influencia da dieta sobre a CV das poboacións saudables (Plaisted et al., 1999; Hislop et al., 2006), pero un estudo transversal (n=8195) realizado nunha poboación española para ambos sexos, demostrou unha importante asociación directa entre a ADM e o estado mental e físico (Muñoz et al., 2009).

CVRS asociada co consumo de Alcohol, en Estudantes

Vendo os resultados dos estudantes homes e mulleres da nosa mostra non atopamos asociación entre os hábitos de consumo de alcohol e a CVRS no CSM, pero si atopamos asociación entre o CSF, con maior CVRS nos bebedores en xeral ($p=0,009$) e nas bebedoras de forma ocasional ($p=0,001$).

Nun recente estudo transversal sobre o consumo de alcohol e as correlacións sociais e sanitarias no que se recolleron datos, de 17.590 estudantes universitarios (idade media 20.8, SD 2.9) de 25 universidades en 24 países de Asia, África e América, chegaron á conclusión de que a mala satisfacción da vida estaba asociada ao consumo intenso de alcohol (Peltzer e Pengpid, 2016).

Noutro traballo (n=952 estudantes xaponeses) no que relacionan hábitos saudables e os factores psicosociais durante a adolescencia/adulto, observouse que os factores psicosociais individuais inflúen nos hábitos relacionados coa saúde máis que nas súas

II PARTE: ESTUDO PRÁCTICO

características de fondo. Os resultados destacan que apoiar a construción de relacións sociais e ambientes sociais é esencial para promover un estilo de vida saudable entre os estudantes universitarios (Mato e Tsukasaki, 2017).

Un estudo con estudantes de 7 universidades do Reino Unido destaca que só unha minoría de estudantes exhibía prácticas de saúde positivas por encima dos niveis recomendados e que o nivel de beber era alto, concluíndo que se require un maior coñecemento dos hábitos de saúde arriscados dos seus alumnos/as por parte dos administradores, líderes e políticos da universidade. Neste estudo tamén se indica a necesidade de crear programas relevantes de promoción da saúde para ter como base e orientación nas universidades (El Ansari, et al. 2011).

En Suecia, nun estudo en universitarios, atopou correlación significativa entre a cantidade de alcohol consumido e a CV, máis en homes que en mulleres (Vaez e Laflamme, 2003).

Noutro estudo atoparon que a partir dos 18 anos o consumo de 5 ou máis bebidas por 3 ou máis veces ao mes asociábase significativamente con peor CVRS (Okoro, et al., 2004).

En relación á CV e o consumo de alcohol, hai investigacións que confirman a asociación entre a percepción de saúde mental (Gerhardt et al., 2003) e o dominio do papel emocional (Chen e Storr, 2006).

Finalmente, a universidade pode traballar na detección de casos, e na prestación dunha primeira axuda remitindo a institucións que contan cun apoio profesional e científico, implementando accións de seguimento, polo que é necesario facer convenios especiais con institucións especializadas para este fin (Florentini et al., 1999).

CVRS asociada coa co consumo de Tabaco, en Estudantes

En relación co hábito tabáquico, na mostra non atopamos asociación coa CVRS tanto nos compoñentes físico como de saúde mental, nin en homes nin en mulleres.

Os fumadores, aínda sen presentar comorbilidade aguda ou crónica asociada ao consumo de tabaco, presentan unha peor CVRS que os non fumadores (Cayuela et al., 2007).

No estudo da USC no que participaron 714 adultos (44,7% non fumadores e 55,3% fumadores) sen diagnóstico de enfermidade física ou mental, só os fumadores dependentes de nicotina amosan deterioro na dimensión mental da CVRS, por iso é importante considerar o grao de dependencia da nicotina na relación entre consumo de tabaco e CVRS (Becoña, et al., 2013).

Outro estudo reflicte que pacientes previamente diagnosticados de Enfermidade Pulmonar Obstrutiva Crónica (EPOC), ao deixar de fumar melloran a súa CVRS, e esta melloría aumenta se o doente ademáis non presenta unha incidencia severa da súa EPOC durante os 6 meses seguintes á cesación tabáquica (García Rueda, 2016).

A mala alimentación, a inactividade física, o tabaco e o consumo de alcohol son factores de risco principais para a enfermidade crónica e a mortalidade prematura. Os resultados amosaron que estes comportamentos de risco para a saúde eran comúns e que os estudantes tendían a agruparse en dous grupos: aqueles con comportamentos de risco (n=733) e aqueles con comportamentos de saúde positivos (n=379) (Deasy et al., 2014).

Un estudo sobre o consumo de tabaco no que participaron 276 estudantes dunha universidade privada peruana, conclúe que existe unha forte asociación entre o consumo de tabaco de quen posúe polo menos un dos pais fumadores, e a exposición ao fume dentro da casa (Danjoy et al., 2011).

Fumar, beber e consumir drogas ilícitas segue sendo común entre os estudantes universitarios; o obxectivo dun estudo realizado a 3.374 estudantes universitarios entrevistados, de dez facultades públicas de Virginia que fumaban, foi determinar a relación entre o comportamento do tabaco e o uso de drogas ilícitas. Deste traballo resultou que os fumadores eran significativamente máis propensos a ser de raza branca, muller e ter menos satisfacción da vida que os non fumadores e que os fumadores habituais e ocasionais son un grupo de estudantes universitarios que teñen un maior risco de beber alcohol e consumir drogas ilícitas (Schorling et al., 1994).

Unha investigación recente, sobre unha mostra de mulleres e estudantes universitarios españois para avaliar se o sexo estaba relacionado co uso de sustancias e coa enfermidade crónica, examinou as asociacións de conformidade coas normas masculinas para os homes e a conformidade coas normas femininas para as mulleres con uso de sustancias en enfermidades crónicas. As análises demostraron que ser muller estaba relacionado cun menor consumo de alcohol e tabaco pero unha maior taxa de enfermidades crónicas

(Sanchez-Lopez et al., 2014). Axudar ao fumador/a a cesar no consumo de tabaco significaría axudalo tamén a mellorar a súa saúde percibida física e mental, diminuindo o risco de mortalidade e aumentando a súa calidade de vida (Graud et al., 2007).

9.2.4. Discusión PDI

9.2.4.1. Discusión da Mostra en PDI

Na análise da distribución da mostra, segundo o sexo, as mulleres representan un 41% e os homes un 59%. Esta distribución é semellante á do SUG (Sistema Universitario Galego), onde as mulleres representan o 40% e os homes o 60%. En todos os Campus conséntase unha maior presenza de homes que de mulleres.

A maior parte da poboación do PDI mulleres é normopeso, 73,8%, e os homes non chegan a metade, cun 44,7%, sendo esta porcentaxe similar á reportada no estudo para PDI realizado pola Universidade Pública de Navarra (UPNA, 2006) no que o seu resultado foi dun 80,7% para as mulleres e un 43% para os homes.

9.2.4.2. Discusión das Variables Sociodemográficas PDI

No estudo global das variables sociodemográficas por sexo, observamos que os valores obtidos nos homes para as medidas antropométricas presentaron unha idade, peso, altura e IMC significativamente maior que nas mulleres.

A media de idade dos homes foi de 48 anos mentras que a das mulleres foi de 47 anos, o peso medio en homes foi de 80,6 kg e o das mulleres 60,4 kg e a altura media dos homes foi de 176 cm e nas mulleres de 162 cm. O peso e altura son practicamente iguais ao estudo da Universidade Pública de Navarra (UPNA, 2006).

Coa variable do IMC, a media en homes foi 26 Kg/m², presentando un rango de 18,2 a 41,8 Kg/m² e a media en mulleres foi de 22,9 Kg/m², cun rango de 17,4 a 37,4 Kg/m² (p <0,001).

9.2.4.3. Discusión sobre os Estilos de Vida en PDI**Grao de obesidade en PDI**

Neste estudo a prevalencia de Sobrepeso foi máis elevada nos homes (40,8%) que nas mulleres (16,8%) en mulleres, no mesmo coa Obesidade, onde os homes teñen porcentaxes máis altas (13,8%) cas mulleres (5,6%), e no referente ao Baixo Peso as mulleres obteñen un 3,7% fronte aos homes un 0,7%, existindo diferenzas estadísticamente significativas por sexo ($p < 0,001$).

Varios estudos tamén demostran que o sobrepeso e a obesidade é máis común nos homes que nas mulleres (Cervera et al., 2013; Hernan et al., 2004; Al-Rethaiaa et al., 2010).

Con respecto ao estudo SICRI, a prevalencia de sobrepeso en adultos na poboación galega, no ano 2015, foi en mulleres dun 32,86%, e en homes foi un 45% e en obesidade un 17,01% e 17,67% respectivamente. Comparando os nosos reultados cos do SICRI, pódese observar que os homes PDI teñen 4 puntos menos en sobrepeso e obesidade que a poboación galega, e que as mulleres PDI están moito mellor, a 16 puntos menos en sobrepeso e 10 puntos menos en obesidade que a poboación galega.

Comparando os resultados de Sobrepeso+Obesidade do PDI deste estudo (54,6% en homes e 22,4% en mulleres) cos da enquisa ENSE/EESE 2014, da poboación española en xeral *de 15 e + anos* (60,7% e 44,7%), vemos que os resultados do PDI, tanto en homes coma mulleres, están máis baixos que a enquisa española, os homes con 6,1 puntos porcentuais e as mulleres 25,3 puntos.

Na enquisa da poboación española obsérvase unha subida paulatina en sobrepeso e obesidade.

Os resultados de sobrepeso e obesidade do PDI, tanto en homes coma en mulleres, son máis baixos que a media española e galega.

Nivel de Actividade Física en PDI

Os resultados dos niveis de actividade física da mostra constatan que os homes son máis activos cas mulleres, dado que obtiveron unha maior AF Alta (38,8%) cas mulleres (23,4%); en AF Moderada as mulleres acadan un 47,7% e os homes un 40,8% e en AF Baixa as mulleres teñen porcentaxes máis altas (29%) cos homes (20,4%), alcanzando diferenzas de significación estadística ($p=0,027$).

No estudo feito nunha comunidade universitaria de Colombia (Aguilar et al., 2008), con PDI e PAS, vemos que a AF Alta obtivo unha porcentaxe do 20,9%, moi inferior ao noso estudo, e noutro estudo da Universidade de Bogotá (Salazar et al., 2011), os docentes dan un resultado similar de sedentarismo cun 26,5%.

No estudo realizado polo SICRI á poboación adulta galega, as mulleres acadaron un 44% de sedentarismo e os homes n 31% (SICRI, 2015).

Os resultados da *Encuesta Europea de Salud*, realizada en 2008, ubican a España nunha situación intermedia entre os 11 países nos que se analiza a actividade física que se practica, no que o 47,6% da poboación declara que fai diariamente polo menos 30 minutos de actividade física moderada ou intensa (EES, 2011). A situación non cambiou moito cando, segundo o Eurobarómetro de 2014, nos resultados sobre o deporte e a actividade física España obtivo un 46%, dos que un 15% de persoas declararon que o facían regulamente e un 31% con alguna regularidade (Comisión Europea, 2014).

No seu conxunto, os datos da *Encuesta Europea de Salud en España*, que analiza a prevalencia de sedentarismo en España dende o ano 1993 ao 2014 tivo unha baixada en homes e mulleres, chegando en 2014 ao 31,1% en homes e 42% en mulleres, afirmando que o sedentarismo foi sempre máis alto e frecuente nas mulleres que nos homes (ENSE/EESE, 1993-2014). Estes últimos datos son case idénticos aos obtidos no SICRI, en poboación adulta galega. Con respecto aos datos da EESE, no noso estudo sobre PDI os homes están 10,7 puntos porcentuais por debaixo e as mulleres tamén por debaixo a 13 puntos.

Dieta Saudable (ADM) en PDI

Neste estudo detectáronse porcentaxes moi altas dunha Boa adherencia á DM no PDI, tanto en homes como en mulleres, constatando unha Baixa Adherencia só dun 4,7% nas mulleres e 4,6% nos homes.

Entre os aspectos positivos da dieta, sinalar que unha porcentaxe moi alta declara o consumo diario dunha peza de froita, que toma verduras unha vez ao día, que comen peixe de 2 a 3 veces semanas, que no almorzo toman un lácteo e un cereal ou derivado, e destacar que practicamente todos os participantes utilizan o aceite de oliva para cocinar.

Unha porcentaxe alta declara o consumo dunha segunda peza de froita diaria e de 2 iogures e/ou 400 g de queixo ao día; a metade dos participantes toman legumes máis de 1 vez/semana e 2 froitos secos, alomenos 2 veces/semana, e sobre un tercio consomen pasta ou arroz 5 veces ou máis á semana e consomen verduras máis dunha vez ao día.

Comparando os resultados do noso estudo coa *Enquisa Europea de Saúde de España* (ESEE, 2014), que estudou o consumo de froitas e verduras na poboación de 15 e + anos, e no que se preguntaba pola regularidade da inxesta de froitas e de verduras, resulta que nos dous estudos as mulleres (67,1%) comen máis froita que os homes (58,2%) e no estudo do PDI o resultado foi máis favorable cun 92,5% nas mulleres e un 89,5% nos homes e no referente ao consumo de verduras as mulleres tamén teñen maior porcentaxe que os homes (50% e 39,1%, respectivamente) e no PDI 83,20% e 69,7%.

Na evolución deste indicador, a poboación española entre 2001 e 2014 amosa un consumo de ambos alimentos no que tende a baixar en ambos sexos.

Os datos do estudo SICRI do ano 2014 no referente á poboación adulta galega que consumiron froita a diario foi dun 69,84% nos homes e un 81,79% nas mulleres, e no que concerne ao consumo de verdura a diario foi un 47,52% e 63,72%, respectivamente.

Os resultados do PDI son moi positivos porque case todos toman unha peza de froita ao día (9 de cada 10) e a porcentaxe de consumo de verdura é moi alto en ambos sexos, estando moi por riba da media española e galega.

II PARTE: ESTUDO PRÁCTICO

Analizando os **aspectos de connotación negativa** que supoñen un afastamento da ADM pódese observar:

a. restaurantes de comida rápida

Un 7,50% de mulleres e un 8,60% homes van semanalmente a restaurantes de comida rápida.

b. Hábito de Non almorzar

Sobre a porcentaxe dos que non almorzan no noso estudo foi de 10,30% nas mulleres e o 11,80% nos homes, estes resultados son maiores que os obtidos no estudo da poboación española de 25 a 64 anos en 2011, no que nas mulleres, no tramo máis novo, comeza cun 4,7% ata chegar aos de máis idade cun 1%, e en homes van dun 7% ata un 4,7% respectivamente (ENSE/EESE, 2011). Vendo os últimos resultados de 2011 os homes teñen maior puntuacións cas mulleres en todos os grupos de idade e ademáis tamén ao aumentar a idade, baixan as porcentaxes.

c. Bolaría industrial

Segundo a *Encuesta Nacional de Salud* do ano 1997 (ENS, 1997) o consumo de bolaría industrial estaba nun 13%. No noso estudo un 15% en mulleres e 21,1% en homes almorzan habitualmente con este tipo de bolaría.

d. Doces ou lambetadas

No noso estudo un 13,1% en mulleres e 6,6% en homes toman varias veces ao día doces ou lambetadas.

Estes resultados poñen de manifesto a necesidade de facer propostas para corrixir algúns hábitos alimenticios, sendo as propostas recomendadas: incrementar o consumo diario da segunda ración de froita, verduras e legumes, aumentar o consumo semanal de peixe, arroz e pasta, consumir semanalmente froitos secos para incorporalos á dieta, pero con precaución debido ao aporte enerxético que supón para os que teñen sobrepeso.

No que se refire a comportamentos de connotación negativa, débese fomentar o hábito dun almorzo regular e saudábel, sen conter bolaría industrial, evitar ir aos restaurantes de comida rápida e reducir o consumo diario de doces e lambetadas, relegándoos a un consumo ocasional.

Consumo de Alcohol en PDI

No noso estudo, a porcentaxe de PDI que son consumidores habituais de bebidas alcohólicas é do 41,4% nos homes e do 36,4% para as mulleres; estas cifras son inferiores ao 55,5% alcanzado no estudo de PDI da Universidade Pública de Navarra (UPNA, 2006).

O consumo habitual de alcohol na poboación española de 15 e + anos de 2014 foi de 50,29% en homes e un 23,88% en mulleres (ENSE/EES, 2014), polo que o PDI homes da mostra deste estudo está 8,89 puntos porcentuais máis baixos, e o PDI mulleres está 12,52 puntos por riba da media española.

O padrón de consumo de alcohol do PDI do SUG céntrase fundamentalmente nas fins de semana, cunha media nos homes de 28,9 g/alcohol, fronte a 6,3 de luns a venres, e nas mulleres de 1,61 g/alcohol fronte a 0,36 de luns a venres.

En relación co padrón de consumo de alcohol, hai diferenzas estatisticamente significativas, debido a que os homes consomen maior cantidade de alcohol cas mulleres durante os días laborables ($p=0,035$), como na fin da semana ($p=0,001$).

Os homes abstemios foron un 21,5% e un 31,9% as mulleres, e Moderados homes 78,5% e 66,5 % Moderados mulleres.

No noso estudo, a proporción de bebedores de risco, segundo os criterios de clasificación do *Ministerio de Sanidad y Consumo* (MSC, 2008) na *Prevención de los problemas derivados del Alcohol*, (MSC, 2008), foi do 0% en homes e mulleres, igual que no estudo da UPNA.

Para finalizar este apartado de consumo de alcohol, dicir que a idade media do PDI, tanto homes como mulleres, que comezaron a beber alcohol foi aos 17 anos, e mentras que os homes que deixaron de beber aos 40 anos, as mulleres deixaron aos 49 anos.

Consumo de Tabaco en PDI

No noso estudo, a prevalencia de PDI homes fumadores foi dun 21,7 % (fumadores 7,2% + ocasionais 14,5%), e a das mulleres un 20,5% (fumadoras 12,1% + ocasionais 8,4%). Estas cifras son similares ás presentadas no estudo de PDI da Universidade Pública de Navarra (UPNA, 2006), que foron dun 21,3 % (fumadores 13,2% + ocasionais 8,1%).

Segundo os datos do ano 2015, do estudo do *Sistema de Información de Condutas de Risco* (SICRI), no referente ao consumo de Tabaco en adultos a nivel global, os fumadores foron un 21,75% (25,38% homes e 18,43% mulleres) e un 78,25% para os non fumadores (74,62% homes e 81,57% mulleres).

Comparando os datos do noso estudo cos da *Encuesta Europea de Salud en España* (ENSE/EESE, 2014), que analiza a prevalencia de fumadores/as en España de 15 e + anos, no ano 2014 vemos que o PDI homes obtiveron un 21,7% e están a 6 puntos porcentuais por debaixo da media de España (27,6%) non así para o PDI mulleres que cun 20,5% están a 2 puntos porcentuais por riba da media española (18,6%).

A media de cigarros/día para o PDI Fumadores/as habituais (Fumadores/as + Ocasionais) foi de 7 cigarros/día media tanto en homes como nas mulleres, dado de non existen diferenzas estatísticamente significativas ($p=0,889$); podemos dicir que os homes e mulleres fuman practicamente o mesmo.

No estudo da UPNA a media foi de + de 10 cigarros/día.

A idade media dos PDI, tanto homes coma en mulleres que comezaron a fumar foi de 18 anos, e mentras os homes deixaron de fumar aos 36 anos, as mulleres deixaron aos 35 anos.

9.2.4.4. Discusión da Percepción de Saúde e CVRS en PDI**Percepción de Saúde en PDI**

Unha alta porcentaxe de PDI, 83,5 % de homes e 86% mulleres, percibe que a súa saúde é Boa, fronte aos que a perciben unha Mala saúde cun 16,5% en homes e un 14% en mulleres, respectivamente ($p = 0,084$).

Os resultados do estudo de PDI da Universidade Pública de Navarra (UPN 2006), son practicamente iguais (81% de Boa Saúde e 18,3% de Mala Saúde).

No estudo da valoración positiva da saúde percibida en adultos en España, no ano 2014, os resultados dan unha valoración positiva nos homes cun 75,1% e cun 67% nas mulleres (ENSE/EESE, 2014); segundo os datos do ano 2015, no referente adultos, a poboación galega rondou o 74,15% nos homes e un 65% nas mulleres (SICRI, 2015), polo tanto, a media da mostra do PDI do SUG é máis alta ca media española e galega.

Calidade de Vida relacionada coa Saúde en PDI

No referente á percepción de saúde, os resultados dos Compoñentes Sumarios do SF-12 atendendo á CVRS non aportan diferenzas estatisticamente significativas nos compoñentes sumarios físico ($p=0,393$) e mental ($p=0,077$) entre homes e mulleres.

9.2.4.5. Discusión da CVRS asociada cos Estilos de Vida, en PDI**CVRS asociada coa Obesidade, en PDI**

Nesta investigación, no PDI homes e mulleres, non se atopou relación entre o Grao de Obesidade no CSF e CSM.

Pero no estudo realizado a docentes universitarios da Universidade de Jalisco (México) o deterioro da CVRS é maior no compoñente mental e pode estar ligado a unha baixa autoestima como un elemento primordial do CSM. Nos docentes universitarios, como individuos aparentemente sans, o deterioro da CVRS é maior no CSM que no CSF, polo tanto o sobrepeso dos docentes universitarios pode estar ligado a unha baixa autoestima como un elemento primordial do CSM, de tal maneira que o interese de baixar de peso non

II PARTE: ESTUDO PRÁCTICO

está asociado ao CSF. Un aspecto a considerar é a existencia dunha relación significativa lineal da periodicidade de facer exercicio asociado a un menor IMC podendo ser un factor motivacional para que o docente universitario realice cambios de comportamento, evitando as horas fronte ao televisor e ordenador, implementando un maior número de actividades físicas e de estratexias para mellorar hábitos alimentarios (Estrada et al., 2016).

Unha recente tese de doutoramento conclúe que a obesidade produce un impacto negativo sobre a CVRS, afectando máis á área física que á psicosocial e, en concreto, as maiores consecuencias adversas atópanse nos dominios de Dor corporal e de Función física. A diminución ponderal en persoas con exceso de peso non sempre garante unha mellora na CVRS, polo que un tratamento integral de adelgazamento debe ter en conta estes aspectos para mellorar a súa eficiencia (Barcones, 2016).

Ao relacionar o IMC coa CVRS observouse que ao aumentar o IMC a percepción de CV diminuíu tanto en homes como en mulleres, en todas as dimensións especialmente nas que valoraban a CV relacionada co estado físico (DRECE Grupo).

Moitos autores concordan que os obesos tiveron máis baixa calidade de vida, principalmente nas dimensións de mobilidade e dor, calificando peor conforme aumentaba o seu IMC (Sach, et al., 2007; Aviles et al., 2008), outros autores que os individuos con máis alto IMC presentaron datos máis baixos de calidade de vida en 3 dos 4 dominios do HRQOL (Dinc, et al., 2006), outros como Fontaine, que no seu estudo no que empregou o cuestionario SF-36 a 312 doentes con obesidade mórbida, mencionan que a obesidade afecta profundamente á CV nas dimensións de actividade física, social e funcional (Fontaine et al., 1996) e outro estudo tamén con individuos con obesidade mórbida, conclúe que as dimensións máis afectadas foron a mobilidade, dor, hixiene persoal e emocións (Duval, et al., 2006).

Tamén nos resultados atopados no estudo de Oliva e outros traballos antes mencionados onde se avaliou a CVRS en poboacións de diferentes países, pódese ver que a asociación entre a obesidade e baixa calidade de vida foi sempre significativa e negativa nas mulleres sendo máis débil nos homes.

A obesidade está negativamente asociada coa CVRS na poboación española (Oliva, 2009) e “necesítanse deseñar intervencións dirixidas a problemas como a obesidade e as súas consecuencias pola existencia de mecanismos conductuais relacionado coa inxesta de alimentos comúns polos adultos, para que isto propicie traballadores máis saudables con climas organizacionais positivos e orientados aos mesmos traballadores e que se vexan reflectidos na súa estabilidade laboral, calidade de vida, saúde e benestar xeral, comprometidos co obxectivo de toda organización produtiva” (Navarro et al., 2014).

CVRS asociada coa Actividade Física en PDI

No PDI obsérvase un comportamento lixeramente diferente en homes e en mulleres, mentras que nos homes vemos que a maior actividade física asociase a niveis máis altos de CVRS en ambos compoñentes de saúde (CSF e CSM), nas mulleres esta asociación aparece pero non alcanza significación estatística.

No estudo da Universidad de Valladolid os individuos fisicamente máis activos teñen unha mellor percepción da CVRS e unha maior adherencia á dieta mediterránea (Cartujo, 2017).

Un estudo no que se amosa o resultado de catro enquisas poboacionais, realizado en Canadá e nos Estados Unidos, demostrou asociacións estatísticas significativas nos grupos que presentaron maiores niveis de actividade física en ambos sexos cunha mellor percepción na CVRS (Stephens, 1988), igual que outro estudo tamén conclúe con que as persoas da comunidade universitaria que presentaron maiores niveis de AF reportaron unha percepción máis positiva da CVRS (Salazar et al., 2011), como tamén comentaron varios estudos previos (Trolle-Lagerros, et al., 2005; Conn et al., 2009; Rejeski e Mihalko, 2001; Ellingson e Conn, 2000).

CVRS asociada coa Adherencia á Dieta Mediterránea, en PDI

Nesta investigación, no PDI homes e mulleres non se atopou relación entre a ADM no CSF e CSM.

No estudo da Universidad de Valladolid os individuos que fisicamente eran máis activos tiveron unha mellor CVRS e unha maior ADM (Cartujo, 2017).

II PARTE: ESTUDO PRÁCTICO

En doentes de alto risco cardiovascular en situación de prevención primaria, optimizando o tempo de observación (4 anos), unha dieta mediterránea suplementada con aceite de oliva virxe extra ou froitos secos, en comparación cunha dieta baixa en graxas, non produciu melloras estatisticamente significativas na CVRS (Corchado, 2016).

Varios estudos analizaron a influencia da dieta sobre a CV das poboacións saudables (Plaisted et al., 1999; Hislop et al., 2006), pero un estudo transversal (n=8195) realizado nunha poboación española para ambos sexos, demostrou unha importante asociación directa entre a ADM e o estado mental e físico (Muñoz et al., 2009).

CVRS asociada co consumo de Alcohol, en PDI

Ao avaliar, no PDI, a relación entre os hábitos de consumo de alcohol e CVRS, observamos que non existen diferenzas estatísticas significativas nos niveis de CVRS para as diferentes formas de hábitos alcohólicos nin en homes nin en mulleres.

Dentro da CV e o consumo de alcohol, hai investigacións que afirman a asociación entre a percepción de saúde mental (Gerhardt et al., 2003) e o dominio do papel emocional (Chen e Storr, 2006).

Unha investigación de seguimento atopou unha peor CVRS nos bebedores que preferían bebidas espirituosas (Strandberg, et al., 2007).

Aspectos do padrón de consumo poden afectar a saúde subxectiva de forma distinta en mulleres e homes, un estudo vinculou a preferencia de cervexa para un mellor CSM en mulleres, e en homes un peor CSF con preferencia de cervexa e bebidas espirituosas (Stranges, et al., 2006).

Non se observou asociación entre beber con comidas e CV (Stranges et al., 2006), mentres que noutra investigación beber nas comidas estaba asociada cunha mellor saúde autoapreciable (Valencia- Martín, et al., 2009).

Curiosamente, atopouse un mellor CSM nos individuos que bebían só fóra das comidas, A explicación deste consumo fóra das comidas interprétase como parte dun comportamento socializante que pode representar algúns beneficios para a saúde, aínda

sabendo que é un comportamento de risco polos efectos potencialmente tóxicos do alcohol (Rehm, et al., 2003).

CVRS asociada coa co consumo de Tabaco, en PDI

No PDI homes e mulleres non atopamos diferenzas estatísticas significativas coa CVRS tanto no compoñentes físico como de saúde mental.

Os fumadores, aínda sen presentar comorbilidade aguda ou crónica asociada ao consumo de tabaco, presentan unha peor CVRS que os non fumadores (Cayuela et al., 2007).

Nun estudo da USC no que participaron 714 adultos (44,7% no fumadores y 55,3% fumadores) sen diagnóstico de enfermidade física ou mental, só os fumadores dependentes de nicotina mostran deterioro na dimensión mental da CVRS, por iso é importante considerar o grao de dependencia da nicotina na relación entre consumo de tabaco e CVRS (Becoña, et al., 2013).

Segundo outro estudo reflicte que doentes previamente diagnósticados de Enfermidade Pulmonar Obstrutiva Crónica (EPOC), ao deixar de fumar melloran a súa CVRS, e esta melloría aumenta se o doente ademais non presenta unha exacerbação severa da súa EPOC durante os 6 meses seguintes á cesación tabáquica (García Rueda, 2016).

Axudar ao fumador/a a cesar no consumo de tabaco significaría axudalo tamén a mellorar a súa saúde percibida física e mental, diminuindo o risco de mortalidade e aumentando a súa calidade de vida (Graud et al., 2007).

9.2.5. Discusión PAS

9.2.5.1. Discusión da Mostra en PAS

Na análise da distribución da mostra do PAS, segundo o sexo, as mulleres representan un 59% e os homes un 41%. Esta distribución podemos dicir que é igual á do SUG (Sistema Universitario Galego), na que as mulleres representan o 58% e os homes o 42%. En todos os Campus conséntase unha maior presenza de mulleres que de homes agás no de Santiago de Compostela que están case parellos.

II PARTE: ESTUDO PRÁCTICO

A maior parte da poboación PAS mulleres é normopeso cun 67,7% mentras que os homes só rondan á terceira parte (30,9%). Comparando estes resultados co estudo, para PAS, realizado pola Universidade Pública de Navarra (UPNA, 2006), vemos que os resultados das mulleres PAS da UPNA (71,9%) son parecidos mentras que os homes cun 58,6% de normopeso case dobran aos PAS homes de Galicia (30%).

9.2.5.2. Discusión das Variables Sociodemográficas en PAS

No estudo global das variables sociodemográficas por sexo, observamos que os valores obtidos para as medidas antropométricas presentaron unha idade, peso, altura e IMC son estatisticamente significativos maiores nos homes que nas mulleres.

A media de idade dos homes e das mulleres foi de 46 anos, o peso medio en homes foi de 82,3 kg e o das mulleres 62,1 kg, e a altura media dos homes foi de 175 cm e nas mulleres de 162 cm, o peso e altura son practicamente iguais ao estudo da Universidade Pública de Navarra (UPNA, 2006).

Coa variable do IMC, a media en homes foi 26,8 Kg/m², presentando un rango de 19,5 a 39,1 Kg/m² e a media en mulleres foi de 23,7 Kg/m², cun rango de 17,5 a 39,7 Kg/m² ($p < 0,001$).

9.2.5.3. Discusión sobre os Estilos de Vida en PAS

Grao de obesidade en PAS

Neste estudo a prevalencia de Sobrepeso foi máis elevada nos homes (52,3%) que nas mulleres (24,5%), no mesmo coa Obesidade, onde os homes teñen porcentaxes máis altas (15,4%) cas mulleres (6,4%), e no referente ao Baixo Peso as mulleres obteñen un 2,1% fronte aos homes un 0%, existindo diferenzas estadisticamente significativas por sexo ($p < 0,001$). Constátase que hai unha alta porcentaxe de PAS con *Sobrepeso e Obesidade*, sobre todo nos homes (67,7%) que dobran ás mulleres (30,9%), estes resultados comparados co estudo de 2006, da UPNA, o PAS de Navarra ten unhas cifras de *Sobrepeso e Obesidade* bastante máis baixas (homes 41,4% e mulleres 24,5%) que o PAS de Galicia.

Varios estudos tamén demostran que o sobrepeso e a obesidade é máis común nos homes que nas mulleres (Cervera et al., 2013; Hernan et al., 2004; Al-Rethaiaa et al., 2010).

Con respecto ao estudo SICRI, a prevalencia de sobrepeso en adultos na poboación galega, no ano 2015, foi en mulleres dun 32,86%, e en homes un 45% e en obesidade un 17,01% e 17,67% respectivamente. Comparando os nosos reultados cos do SICRI, as mulleres PAS están 17 puntos porcentuais en sobrepeso e 11 puntos en obesidade por debaixo da media da poboación galega, mentras que os homes PAS están a 7 puntos por riba en sobrepeso e 11 puntos por debaixo en obesidade.

Comparando os resultados de *Sobrepeso + Obesidade* dos PAS deste estudo (homes 67,7% e mulleres 44,7%) cos da enquisa ENSE/EESE 1987-2014, da poboación española en xeral, de 15 e + anos (homes 60,7% e mulleres 30,9%), vemos que os homes PAS están 7 puntos porcentuais por riba da enquisa española e as mulleres PAS, 13,8 puntos por abaixo.

Na enquisa da poboación española EESE, obsérvase unha subida paulatina en sobrepeso e obesidade.

Nivel de Actividade Física en PAS

Os resultados dos niveis de actividade física da mostra constatan que os homes PAS son máis activos cas mulleres, dado que obtiveron unha maior AF Alta (46,9%) cas mulleres (33,5%); en Actividade Física Moderada e Baixa as mulleres teñen puntuacións máis altas que os homes, casi alcanzando as diferenzas de significación estadística ($p=0,052$), e constatando que as mulleres son máis sedentarias (22,9 %) cos homes (16,9 %).

No estudo feito por nunha comunidade universitaria de Colombia (Peña et al., 2009), tamén feito co cuestionario IPAQ, vemos que tanto na AF Alta obtiveron unha porcentaxe do 11,5 %, moi inferior ao acadado polo noso estudo e no referente aos resultados sedentarismo a comunidade colombiana obtivo un 37,2 % moito mái alto que o noso.

No estudo dunha Universidade de Bogotá (Salazar, 2011), os administrativos dan un resultado moi alto de sedentarismo, un 63,6%.

II PARTE: ESTUDO PRÁCTICO

No estudo realizado polo SICRI á poboación adulta galega, as mulleres acadaron un 44% de sedentarismo e os homes un 31% (SICRI, 2015).

Os resultados da *Encuesta Europea de Salud*, realizada en 2008, ubican a España nunha situación intermedia entre os 11 países nos que se analiza a actividade física que se practica, no que o 47,6% da poboación declara que fai diariamente polo menos 30 minutos de actividade física moderada ou intensa (EES, 2011). A situación non cambiou moito cando, segundo o Eurobarómetro de 2014, nos resultados sobre o deporte e a actividade física España obtivo un 46%, dos que un 15% de persoas declararon que o facían regulamente e un 31% con alguna regularidade (Comisión Europea, 2014).

No seu conxunto, os datos da *Encuesta Europea de Salud* (ENSE/EESE, 1993-2014), que analiza a prevalencia de sedentarismo en España dende o ano 1993 ao 2014 tivo unha baixada en homes e mulleres, chegando en 2014 ao 31,1% en homes e 42% en mulleres, afirmando que o sedentarismo foi sempre máis alto nas mulleres que nos homes. Estes últimos resultados son case idénticos aos do SICRE, antes mencionado.

Con respecto a estes datos de sedentarismo, o noso estudo no homes PAS están 14,2 puntos porcentuais por debaixo da enquisa española e as mulleres a 19,1 puntos porcentuais tamén por debaixo.

Dieta Saudable (ADM) en PAS

Neste estudo detectáronse porcentaxes moi altas dunha Boa Adherencia á DM no PAS, tanto en homes como en mulleres, constatando unha Baixa Adherencia só dun 5% nas mulleres e 6% nos homes.

Entre os aspectos positivos da dieta, sinalar que unha porcentaxe moi alta declara o consumo diario dunha peza de froita, que no almorzo toman un lácteo e un cereal ou derivado e destacar que practicamente todos os participantes declararon a utilización do aceite de oliva para cociñar.

Unha porcentaxe alta declara o consumo de verduras unha vez ao día, e que consume peixe de 2 a 3 veces semanais.

A metade declara que consome unha segunda peza de froita diaria, legumes máis de 1 vez/semana, 2 froitos secos, alomenos 2 veces/semana e 2 iogures e/ou 400 g de queixo ao día e e unha cuarta parte que consomen pasta ou arroz 5 veces ou máis á semana.

Comparando os resultados do noso estudo coa *Enquisa Europea de Saúde de España* (ESEE, 2014), que estudou o consumo de froitas e verduras na poboación de 15 e máis anos, no que preguntaba pola regularidade da inxesta de froitas e de verduras, resulta que nos dous estudos as mulleres comen máis froita que os homes (67,1% e 58,2%, respectivamente) e no estudo do PAS o resultado foi máis favorable cun 87,8% nas mulleres e un 81,5% nos homes e no referente ao consumo de verduras as mulleres tamén teñen maior porcentaxe que os homes (50% e 39,1%) e no PAS 78,2% e 58,5%.

A evolución deste indicador a poboación española entre 2001 e 2014 amosa un consumo de ambos alimentos no que tende a baixar en ambos sexo.

Os datos do estudo SICRI do ano 2014 no referente á poboación adulta galega que consumiron froita a diario foi dun 69,84% nos homes e un 81,79% nas mulleres e no que concerne ao consumo de verdura a diario foi un 47,52% e 63,72% respectivamente.

Os resultados do PAS son moi positivos porque case todos toman unha peza de froita ao día (8 de cada 10) e a porcentaxe de consumo de verdura é moi alta en ambos sexos (8 e 6 de cada 10), estando por riba da media española e galega.

Analizando os aspectos de connotación negativa que supoñen un afastamento da ADM vemos que:

a. restaurantes de comida rápida

Un 8% de mulleres e un 6,20% homes van semanalmente a restaurantes de comida rápida.

b. Hábito de Non almorzar

Sobre a porcentaxe dos que non almorzan no noso estudo foi de 19,10% nas mulleres e o 16,90% nos homes, estes resultados son maiores que os obtidos no estudo da poboación española de 25 a 64 anos (ENSE/ESEE, 2001-2011) que en

II PARTE: ESTUDO PRÁCTICO

2011 que nas mulleres no sector máis novo comeza cun 4,7% ata chegar a un 1% cando teñen máis idade, e en homes pasa o mesmo van dun 7% ata un 4,7%.Vendo os últimos resultados de 2011 os homes teñen maior puntuacións que as mulleres en todos os grupos de idade e ademáis tamén ao aumentar a idade, baixan as porcentaxes.

c. Bolaría industrial

Segundo a *Encuesta Nacional de Salud* do ano 1997 (ENS, 1997) o consumo de bolaría industrial estaba nun 13%. No noso estudo un 21,3% en mulleres e un 21,5% en homes almorzan habitualmente con este tipo de bolaría.**Doces ou lambetadas**No noso estudo un 9% en mulleres e 10,8% en homes toman varias veces ao día doces ou lambetadas.

Estes resultados poñen de manifesto a necesidade de facer propostas para correxir os hábitos dietéticos e as propostas que se recomendan serían incrementar o consumo diario da segunda ración de froita, verduras e legumes, aumentar o consumo semanal de peixe, arroz e pasta, consumir semanalmente froitos secos para incorporalos á dieta, pero con precaución debido ao aporte enerxético que supón para os que teñen sobrepeso.

No que se refire a comportamentos de connotación negativa, débese fomentar o hábito dun almorzo regular e saudábel, sen conter bolaría industrial, evitar ir aos restaurantes de comida rápida e reducir o consumo diario de doces e lambetadas, relegándoos a un consumo ocasional.

Consumo de Alcohol en PAS

No noso estudo a porcentaxe de PAS que son consumidores habituais de bebidas alcohólicas é do 53,8% nos homes e do 40,4% para as mulleres, estas cifras son superiores ao 38,2 % alcanzado no estudo de PAS da Universidade Pública de Navarra (UPNA, 2006).

O consumo habitual de alcohol na poboación española de 15 e + anos de 2014 (ENSE/EES, 2014) foi dun 50,29% en homes e un 23,88% en mulleres polo que os homes

PAS están 3,51 puntos porcentuais por riba da enquisa da poboación española e as mulleres PAS tamén están por riba a 16,12 puntos.

O padrón de consumo de alcohol do PAS do SUG, céntrase fundamentalmente nas fins de semana, cunha media nos homes de 30,5 g/alcohol fronte a 9,1 g/alcohol de luns a venres e nas mulleres de 26 g/alcohol fronte a 4,7 de luns a venres.

En relación co padrón de consumo de alcohol, hai diferencias significativas, durante os días laborables ($p=0,004$), os homes consomen maior cantidade de alcohol cas mulleres, durante fin da semana os homes e mulleres beben practicamente o mesmo ($p=0,296$).

Os abstemios foron un 21,5% homes e 31,9 % as mulleres e Moderados homes 78,5% e 66,5 % mulleres.

No noso estudo, a proporción de bebedores de risco, segundo os criterios de clasificación do *Ministerio de Sanidad y Consumo* (MSC, 2008), é do 0% en homes e 1.6 % nas mulleres, no estudo da UPNA a porcentaxe foi do 3%.

Para finalizar este apartado de consumo de alcohol, dicir que a idade media do PAS, que comezaron a beber alcohol foi aos 16 anos, nos homes e 17 anos nas mulleres, os homes que deixaron de beber foi aos 36 anos e as mulleres aos 33 anos.

Consumo de Tabaco en PAS

No noso estudo, a prevalencia dos PAS homes fumadores foi dun 21,5% (fumadores 11,5% + ocasionais 10%), e a das mulleres un 26% (fumadoras 16,5% + ocasionais 9,5%). Estas cifras son máis baixas que no estudo da Universidade Pública de Navarra (UPNA, 2006), que foron dun 30,6 % (fumadores 18,8% + ocasionais 11,8%).

Segundo os datos do ano 2015, do estudo do *Sistema de Información de Condutas de Risco* (SICRI), no referente ao consumo de Tabaco en adultos a nivel global os fumadores foron un 21,75% (25,38% homes e 18,43% mulleres) e un 78,25% para os non fumadores (74,62% homes e 81,57% mulleres). Comparando estes datos cos do noso estudo os PAS homes están 4 puntos por baixo da media de Galicia, mentras que as mulleres 8 puntos por riba.

II PARTE: ESTUDO PRÁCTICO

Comparando os datos do noso estudo cos da *Encuesta Europea de Salud* (ENSE/EESE, 2014), que analiza a prevalencia de fumadores/as en España do ano 2014, vemos que os homes PAS están a 6 puntos porcentuais por debaixo da media de España (27,6%) non así para as mulleres PAS que están 7,4 puntos porcentuais por riba da media española (18,6%).

A media de cigarros/día para os PAS Fumadores/as (Fumadores/as + Ocasionais), os homes 8 cigarros/día de media e as mulleres 7. Dado de non existen diferenzas significativas ($p\text{-valor}=0,736$), podemos dicir que os homes e mulleres fuman practicamente o mesmo. Na UPNA a media foi de + de 10 cigarros/día.

A idade media dos PAS homes, que comezaron a fumar foi de 18 anos, e de 17 anos para as mulleres e mentras que os homes que deixaron de fumar aos 37 anos, as mulleres deixaron aos 36 anos.

9.2.5.4. Discusión da Percepción de Saúde e CVRS en PAS

Percepción de Saúde en PAS

Unha alta porcentaxe do PAS (homes 80% e mulleres 79,3%), percibe que a súa saúde é Boa, fronte aos que a perciben unha Mala Saúde (homes 20% e mulleres 20,7%) ($p\text{-valor}=0,557$).

Os resultados do estudo do PAS da Universidade Pública de Navarra (UPNA, 2006), son un pouco máis baixos (Boa Saúde 72,9% e Mala Saúde 27,1%).

No estudo da valoración positiva da saúde percibida en adultos en España, no ano 2014 dan unha valoración positiva nos homes dun 75,1% e un 67% nas mulleres (ENSE/EESE, 2014), sendo máis baixa que o acadado no PAS de Galicia.

Segundo os datos do ano 2015, do estudo do *Sistema de Información de Condutas de Risco* (SICRI, 2015) da Consellería de Sanidade (Xunta de Galicia), no referente aos adultos a percepción de saúde con valoración positiva, ronda o 74,15% nos homes e un 65% nas mulleres.

Calidade de Vida relacionada coa Saúde en PAS

No referente á percepción de saúde, nos resultados dos Compoñentes Sumarios do SF-12, topáronse diferenzas estatísticamente significativas no Compoñente Sumario Físico ($p=0,031$) e tamén no Compoñente Sumario Mental ($p=0,004$), entre homes e mulleres.

9.2.5.5. Discusión da CVRS asociada cos Estilos de Vida, en PAS**CVRS asociada coa Obesidade, en PAS**

No noso estudo no grupo de PAS a obesidade está asociada estatísticamente cunha diminución da puntuación do CSM nas mulleres e case alcanzando significación estatística ($p=0,066$) no CSF, nos homes non hai asociación en ningún dos dous compoñentes sumarios (CSF e CSM).

Estes resultados van na liña de traballos anteriores na que se avaliou a CVRS en poboacións de diferentes países onde a asociación entre a obesidade e baixa calidade de vida é sempre significativa e negativa nas mulleres (Katz et al., 2000; Yancy et al., 2002; Lopez-Garcia, et al., 2003; Kortt e Clarke, 2005; Jia e Lubetkin, 2005; Huang et al., 2006; Oliva, 2009).

Nun documento de traballo da Universidad de Castilla-La Mancha concluíron en que a obesidade está negativamente asociada coa CVRS na poboación española, sendo esta información de gran utilidade para especialistas teñen que decidir e formular políticas de saúde (Oliva, 2009).

Nunha recente tese de doutoramento conclúe que a obesidade produce un impacto negativo sobre a CVRS, afectando máis á área física que á psicosocial e, en concreto, as maiores consecuencias adversas atópanse nos dominios de Dor corporal e de Función física. A diminución ponderal en persoas con exceso de peso non sempre garantiza unha mellora na CVRS, polo que un tratamento integral de adelgazamento debe ter en conta estes aspectos para mellorar a súa eficiencia (Barcones, 2016).

II PARTE: ESTUDO PRÁCTICO

Ao relacionar o IMC coa CVRS observouse que ao aumentar o IMC a percepción de CV diminuíu tanto en homes como en mulleres, en todas as dimensións especialmente nas que valoraban a CV relacionada co estado físico (DRECE Grupo).

Moitos autores concordan que os doentes obesos tiveron máis baixa calidade de vida, principalmente nas dimensións de mobilidade e dor, calificando peor conforme aumentaba o seu IMC (Sach, et al., 2007; Aviles et al., 2008), outros autores que os individuos con máis alto IMC presentaron datos máis baixos de CV en 3 dos 4 dominios do HRQOL (Dinc, et al., 2006), outros como Fontaine, que no seu estudo no que empregou o cuestionario SF-36 a 312 doentes con obesidade mórbida, mencionan que a obesidade afecta profundamente á CV nas dimensións de actividade física, social e funcional (Fontaine et al., 1996) e outro estudo tamén con individuos con obesidade mórbida, conclúe que as dimensións máis afectadas foron a mobilidade, dor, hixiene persoal e emocións (Duval, et al., 2006).

Como di Navarro: “necesítanse deseñar intervencións dirixidas a problemas como a obesidade e as súas consecuencias pola existencia de mecanismos conductuais relacionado coa inxesta de alimentos comúns polos adultos, para que isto propicie traballadores máis saudables con climas organizacionais positivos e orientados aos mesmos traballadores e que se vexan reflectidos na súa estabilidade laboral, calidade de vida, saúde e benestar xeral, comprometidos co obxectivo de toda organización produtiva” (Navarro et al., 2014).

CVRS asociada coa Actividade Física en PAS

Na Actividade Física dos PAS, os homes topamos maiores niveis de CVRS no compoñente físico, conforme aumenta o nivel de actividade física.

No estudo da Universidad de Valladolid os individuos fisicamente máis activos teñen unha mellor percepción da CVRS e unha maior adherencia á dieta mediterránea (Cartujo, 2017).

No estudo de Stephens no que se amosa o resultado de catro enquisas poboacionais, realizado en Canadá e nos Estados Unidos, demostrou asociacións significativas nos grupos que presentaron maiores niveis de actividade física en ambos sexos e mellor percepción na CVRS (Stephens, 1988), igual que no estudo de Salazar que tamén conclúe

con que as persoas da comunidade universitaria que presentaron maiores niveis de AF reportaron unha percepción máis positiva da CVRS (Salazar et al., 2011).

No estudo realizado a 350 empregados pertencentes a unha Institución Universitaria de Calí, Colombia, en decembro de 2008, os resultados demostraron que os niveis altos de actividade física foron maiores nos participantes que tiveron mellor percepción de CVRS (Uribe, et al., 2010), como tamén comentan varios estudos (Ellingson e Conn, 2000; Rejeski e Mihalko, 2001; Trolle-Lagerros, et al., 2005; Conn et al., 2009).

CVRS asociada coa Adherencia á Dieta Mediterránea, en PAS

En relación con la ADM, non se observan diferenzas estadísticas significativas nas puntuacións dos CSF e CSM tanto en homes como en mulleres.

No estudo da Universidad de Valladolid os individuos que fisicamente eran máis activos tiveron unha mellor percepción da CVRS e unha maior ADM (Cartujo, 2017).

En doentes de alto risco cardiovascular en situación de prevención primaria, optimizando o tempo de observación (4 años), unha dieta mediterránea suplementada con aceite de oliva virxe extra ou froitos secos, en comparación cunha dieta baixa en graxas, non produciu melloras estadísticamente significativas na CVRS (Corchado, 2016).

Varios estudos analizaron a influencia da dieta sobre a CV das poboacións saudables (Plaisted et al., 1999; Hislop et al., 2006), pero un estudo transversal (n = 8195) realizado nunha poboación española para ambos sexos, demostrou unha importante asociación directa entre a ADM e o estado mental e físico. (Muñoz et al., 2009).

CVRS asociada co consumo de Alcohol, en PAS

Vendo os resultados do PAS, nos homes e nas mulleres non atopamos asociación entre os hábitos de consumo de alcohol e a CVRS no CSM nin tampouco no CSM.

Ao avaliar a relación entre os hábitos de consumo de alcohol e CVRS, observamos que non existen diferenzas significativas nos niveis de CVRS para as diferentes formas de hábitos alcohólicos nin en homes nin en mulleres.

II PARTE: ESTUDO PRÁCTICO

Dentro da CV e o consumo de alcohol, hai investigacións que afirman a asociación entre a percepción de saúde mental (Gerhardt et al., 2003) e o dominio do papel emocional (Chen e Storr, 2006).

Unha investigación de seguimento atopou unha peor CVRS nos bebedores que preferían bebidas espirituosas (Strandberg, et al., 2007).

Aspectos do padrón de consumo poden afectar a saúde subxectiva de forma distinta en mulleres e homes, un estudo vinculou a preferencia de cervexa para un mellor CSM en mulleres e en homes un peor CSF con preferencia de cervexa e bebidas espirituosas (Stranges, et al., 2006).

Nun estudo non se observou asociación entre beber con comidas e CV (Stranges et al., 2006), mentres que noutra investigación beber nas comidas estaba asociada cunha mellor saúde autoapreciable (Valencia- Martín, et al., 2009).

Curiosamente, atopouse un mellor CSM nos individuos que bebían só fóra das comidas, A explicación deste consumo fóra das comidas interprétase como parte dun comportamento socializante que pode representar algúns beneficios para a saúde, aínda sabendo que é un comportamento de risco polos efectos potencialmente tóxicos do alcohol (Rehm, et al., 2003).

CVRS asociada coa co consumo de Tabaco, en PAS

En relación co hábito tabáquico, no PAS non atopamos asociación coa CVRS tanto no CSF e CSM, tanto nos homes como nas mulleres, aínda que os homes case alcanzan significación estatística ($p=0,068$) no CSF.

Os fumadores, aínda sen presentar comorbilidade aguda ou crónica asociada ao consumo de tabaco, presentan unha peor CVRS que os non fumadores (Cayuela et al., 2007).

Nun estudo da USC no que participaron 714 adultos (44,7% no fumadores y 55,3% fumadores) sen diagnóstico de enfermidade física ou mental, só os fumadores dependentes de nicotina mostran deterioro na dimensión mental da CVRS, por iso é importante

considerar o grao de dependencia da nicotina na relación entre consumo de tabaco e CVRS (Becoña, et al., 2013).

Segundo outro estudo reflicte que pacientes previamente diagnósticados de Enfermidade Pulmonar Obstrutiva Crónica (EPOC), ao deixar de fumar melloran a súa CVRS, e esta melloría aumenta se o doente ademáis non presenta unha exacerbación severa da súa EPOC durante os 6 meses seguintes á cesación tabáquica (García Rueda, 2016).

Axudar ao fumador/a a cesar no consumo de tabaco significaría axudalo tamén a mellorar a súa saúde percibida física e mental, diminuindo o risco de mortalidade e aumentando a súa calidade de vida (Graud et al., 2007).

CAPÍTULO 10

CONCLUSIONES

Despois da análise e discusión dos resultados extraemos unha serie de conclusións:

10.1. Conclusións estudantes

1. Estilos de Vida

Os Estudantes amosan uns estilos de vida inadecuados, que se reflicten con prevalencias altas en Sobre peso e Obesidade, taxas altas de sedentarismo, baixa Adherencia á Dieta Mediterránea e consumos altos de Tabaco e Alcohol. Estes resultados non se desvían de forma importante ao dos hábitos da poboación española.

2. Percepción de Saúde e CVRS:

3. Todo o Estudantado ten unha valoración da percepción da súa saúde bastante alta en ambos sexos e presentando valores da CVRS, tanto Física como Mental, similares aos da poboación española.

4. Influencia dos estilos de vida sobre a CVRS Física e Mental

A CVRS Física é significativamente maior nos homes, naqueles/as que realizan Actividade Física Alta, beben alcohol ocasional, e diminúe co aumento do IMC.

A CVRS Mental é significativamente maior nos homes, aumenta co IMC e baixa significativamente nos fumadores.

10.2. Conclusións PDI

1. Estilos de Vida:

O PDI amosa prevalencias altas en Sobre peso, Obesidade e sedentarismo, aumentando progresivamente coa idade; aínda así están por debaixo da media española. O consumo de alcohol é alto e hai un descenso da prevalencia do

II PARTE: ESTUDO PRÁCTICO

tabaquismo no PDI, pero só os homes están por debaixo da media española. O PDI reflicte moi boa Adherencia á Dieta Mediterránea.

2. Percepción de Saúde e CVRS

O PDI ten unha valoración da percepción da súa saúde bastante alta en ambos sexos, estes resultados están por riba da media española e presentan valores da CVRS, tanto Física como Mental, similares aos da poboación española.

3. Influencia dos estilos de vida sobre a CVRS Física e Mental

A CVRS Física está asociada significativamente coa idade e coa Actividade Física, co aumento da idade baixa a CVRS Física, e coa realización de Actividade Física Moderada e Alta aumenta a CVRS Física (obtendo mellores puntuacións coa Actividade Alta).

Na CVRS Mental non hai asociación significativa nin coas variables sociodemográficas nin cos estilos de vida estudados.

10.3. Conclusións PAS

1. Estilos de Vida:

O PAS presenta taxas elevadas en sobrepeso e obesidade, aumentando progresivamente coa idade, as taxas dos homes son superiores as da poboación española. Na Actividade Física, tamén teñen taxas elevadas de sedentarismo, aumentando progresivamente coa idade pero aínda así, están por debaixo da media española. O consumo de alcohol está por riba da media española e no de tabaco hai un descenso da prevalencia do tabaquismo pero as mulleres están por riba da media española. O PAS ten unha moi boa Adherencia á Dieta Mediterránea.

2. Percepción de Saúde e CVRS

O PAS ten unha valoración da percepción da súa saúde bastante alta, estando estes resultados por riba da media española; e presentando valores da CVRS, tanto Física como Mental, similares aos da poboación española.

3. Influencia dos estilos de vida sobre a CVRS Física e Mental

A CVRS Física aumenta nos homes, naqueles realizan Actividade Física alta, bebedores de alcohol tanto habitual como ocasional, e diminúe tamén de maneira significativa co aumento do IMC.

Na CVRS Mental non hai asociación significativa nin coas variables sociodemográficas nin cos estilos de vida estudados.

CAPÍTULO 11

DISCUSIÓN DO MATERIAL E MÉTODOS

A continuación presentamos un resumo no referente ás limitacións e puntos fortes no que se sustenta este traballo de investigación.

11.1. Limitacións

Cuestionario

No que respecta ao cuestionario dicir que “O cuestionario é unha técnica de exploración indirecta e impersoal, correndo o perigo de que só devolvan o cuestionario una pequena parte dos participantes, e podendo quedar afectada a mostra e incidindo negativamente na representatividade que se pretendía” (González Sanmamed, 2005).

Tamén hai que ter en conta que non sempre é posible ter a certeza de que a información proporcionada polos enquisados se corresponda coa realidade, podendo variar as respostas en diferentes períodos temporais, en función da situación persoal do participante no momento en que se aplica o cuestionario, ou doutras circunstancias como por exemplo a situación emocional da persoa (González Sanmamed, 1993).

Ao non facer as preguntas persoalmente co/a enquisado/a pode haber problemas de comprensión e interpretar de forma distinta. Neste caso non houbo ningua persoa encargada de explicar o cuestionario e asegurar que cada individuo entendera o mesmo, para que os resultados non foran sesgado, debido a que o nivel cultural e de comprensión é alto na comunidade universitaria.

Ademáis de todo isto, hai unha serie de desvantaxas específicas para as enquisas realizadas por Internet e a que nos podía supoñer un problema serían os riscos derivados de posibles fallos informáticos e aos relativos ao deseño, xestión, mantemento e procesamento dos datos (Torrado, 2004).

Outra limitación dos autoinformes pode ser a malinterpretación das preguntas, contestando mal e dando erros nos datos

II PARTE: ESTUDO PRÁCTICO

Peso e Talla

Outra limitación do estudo que cabe destacar é que os datos do peso e a talla, ao ser autopercebidos por parte dos participantes, pode haber unha tendencia a sobredeclarar a altura e infraponderar o peso alonxándose dos datos reais. Estes datos antropométricos están a ser utilizados con frecuencia para estimar o índice de masa corporal e o grao de obesidade (Spencer et al., 2002; Gorber et al., 2007).

Índice de Masa Corporal (IMC)

Dende hai máis de 40 anos as institucións médicas e sociedades científicas clasifican o peso das persoas en función do IMC, cando realmente debería ser en función del porcentaxe de grasa corporal.

O IMC é só un valor indicativo do peso dunha persoa en función da súa altura: non ten en conta de qué se compón ese peso, se é de graxa, de auga, de músculo... O habitual cando un IMC é elevado e que sexa de tecido graxo, pero nalgunha ocasión, é por un exceso de masa magra ou masa libre de graxa (músculo, auga...). Neste estudo, o IMC dos deportistas se lles podería clasificar como obesos, cando a súa porcentaxe de graxa é normal, dado que o que lles pesa é a súa masa muscular e, por tanto, non terían maior risco de desenvolver enfermidades relacionadas co sobrepeso e a obesidade (Poirier, 2015).

Para ser máis estrictos, teríamos que saber como está distribuída ou ubicada esta graxa corporal; concretamente da súa localización **intra-abdominal**, e dicir, en torno ás vísceras abdominais (Sahakayan et al., 2015).

Cuestionario IPAQ

Hai que ter en conta o sesgo de recordo á hora de responder o cuestionario sobre a frecuencia de actividade física realizada, que neste caso foron os últimos 7 días.

Test Kidmed

No test Kidmed (ADM), antes de proceder a avaliar os diferentes ítems que compoñen este apartado non se valorou se o enquisado/a seguía algunha dieta ou réxime dietético

especial, tanto para gañar ou perder peso, como por algunha enfermidade ou problema de saúde. Isto pode ser un factor clave á hora de valorar o consumo de alimentos.

Mostra

Outra limitación importante deste traballo deriva do método empregado da mostraxe de cada universidade, mentras que na USC foi aleatoria simple, na UDC e UVigo os cuestionarios foron enviados por email a toda a poboación, así mesmo, podería haber sesgos derivados da participación no caso de que existan diferenzas entre participantes e non participantes.

11.2. Puntos fortes

Cuestionario

O cuestionario está considerado como una técnica de indagación válida, que ben feito e aplicado, é unha estratexia apropiada para a obtención de datos, dado que recollen unha información que despois podemos cuantificar e avaliar (Cohen e Manion, 1990).

Permitiu obter información dun gran número de persoas de forma simultánea, nun período de tempo relativamente curto e recibir de maneira automatizada e ordenada a través dunha base de datos todos os cuestionarios contestados polos participantes das tres universidades.

Non tivo ningún custo económico porque o cuestionario foi aplicado por e-mail dende as plataformas informáticas das respectivas universidades, polo tanto non houbo gastos relativos á adquisición dun hosting, para hospedar a base de datos, nin doutro tipo.

Dende o punto da administración do tempo, os participantes poideron contestar o cuestionario no día, á hora e o momento que consideraran oportuno, incluso en días non laborables e tamén a altas horas da noite.

Outro aspecto importante foi que as preguntas do cuestionario foron curtas, sinxelas e doadas de responder.

II PARTE: ESTUDO PRÁCTICO

Todos este aspectos sobre o cuestionario deron facilidades e rapidez para codificar, tabular e analizar os datos, sendo exportados a un Excel e despois importados ao programa SPSS para realizar os correspondentes análises estadísticos, ademáis aos participantes se lles asegurou uns aspectos importantes que foron o anonimato e a protección de datos.

Cuestionarios validados

O cuestionarios utilizados, SF12 e IPAQ en versión curta e o Test KIDMED, son cuestionarios validados internacionalmente permitindo a comparabilidade entre estudos e investigacións.

Estudo sobre a Comunidade Universitaria

Hai que ter en conta que este estudo está centrado na CVRS e os estilos de vida de toda a comunidade universitaria (Estudiantes, PDI e PAS), dado que a inmensa maioría dos traballos de investigación están enfocados no grupo estudantes, parte maioritaria das Universidades.

Lembrar que hai estudos anteriores que tocan parte do estudado nesta tese polo que este estudo supón un complemento e unha actualización do tema.

CAPÍTULO 12

LIÑAS FUTURAS DE INVESTIGACIÓN

12. LIÑAS FUTURAS DE INVESTIGACIÓN

O século XXI preséntase como un tempo onde as universidades estarán obrigadas a por en marcha accións e actividades para desenvolver unha vida máis saudable dentro da comunidade universitaria.

Os Servizos responsables deste tema de cada universidade, deberán mellorar os seus procedementos con medios e profesionais cualificados para avaliar e analizar a CVRS e os estilos de vida dende criterios de excelencia.

Por isto é necesario establecer novas liñas de investigación sobre a CVRS e estilos de vida da comunidade universitaria que vaian encamiñadas a:

- Aumentar o número de estudos periódicos na comunidade universitaria.
- Propoñer medidas de intervención mediante a planificación de programas de saúde.
- Desenvolver cursos e actividades para incentivar e reforzar á adherencia dos hábitos saudables.
- Facer estudos de seguimento coas súas respectivas avaliacións para ver a posible repercusión en todos os grupos da comunidade universitaria.

Este estudo pode servir como alicerce e punto de partida para novas investigacións na poboación universitaria de Galicia.

BIBLIOGRAFÍA

- Aaronson, N., Acquadro, C., Alonso, J., Apolone, G., Bucquet, D., Bullinger, M., . . . Keller, S. (1992). International quality of life assessment (IQOLA) project. *Quality of Life Research*, 1(5), 349-351.
- Adriana, J. F., San Asunción, B., Adriana, M. B., Pilar, G. V., y de Isabel, N. (2009). Addictive substance use among first-year university students. *Adicciones*, 21(1).
- Agencia Española para la Protección de Datos (2017). Retrieved from <http://www.agpd.es/portalwebAGPD/LaAgencia/en-que-podemos-ayudarte-ides-idphp.php>
- Agencia Española de Protección de Datos (2017). *Guía del Ciudadano. Protección de datos: Guía para el ciudadano*. Retrieved from https://www.agpd.es/portalwebAGPD/canaldocumentacion/publicaciones/common/Guias/GUIA_CIUADADANO.pdf
- Agüero, F., Dégano, I. R., Subirana, I., Grau, M., Zamora, A., Sala, J., . . . Elosua, R. (2013). Impact of a partial smoke-free legislation on myocardial infarction incidence, mortality and case-fatality in a population-based registry: The REGICOR study. *PLoS One*, 8(1).
- Aguilar, E. E. R., Zapata, M. H. L., Giraldo, F. J. L., Tejada, J. L. C., y Vidales, S. A. Z. (2008). Análisis descriptivo de las variables: Nivel de actividad física, depresión y riesgos cardiovasculares en empleados y docentes de una institución universitaria en Medellín (Colombia). *Apunts.Medicina de l'Esport*, 43(158), 55-61.
- Ainsworth, B. E., Haskell, W. L., Whitt, M. C., Irwin, M. L., Swartz, A. M., Strath, S. J., . . . Emplaincourt, P. O. (2000). Compendium of physical activities: An update of activity codes and MET intensities. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 32(9; SUPP/1), S498-S504.

BIBLIOGRAFÍA

- Alfaya, M. E. G., y López, C. R. (2007). *Intervención de la universidad en la promoción de la salud de sus estudiantes* [Tesis Doctoral]. Universidad de Santiago de Compostela, Galicia. Retrieved from www.injuve.es/sites/default/files/9323-01.pdf
- Al-Rethaiaa, A. S., Fahmy, A. A. & Al-Shwaiyat, N. M. (2010). Obesity and eating habits among college students in Saudi Arabia: A cross sectional study. *Nutr J*, 9(1), 39.
- Álvarez J, Cabezas C, Colom J, Galán I, Gual A, Lizarbe V. Prevención de los problemas derivados del alcohol. 1.ª Conferencia de prevención y promoción de la salud en la práctica clínica en España. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008. Retrieved from <https://www.msssi.gob.es/alcoholJovenes/docs/prevencionProblemasAlcohol.pdf>
- American Academy of Family Physicians (2014). *Summary of recommendations for clinical preventive services*. Retrieved from http://www.aafp.org/content/dam/AAFP/documents/patient_care/clinical_recommendations/cps-recommendations.pdf
- Anguita, J. C., Labrador, J. R. R., y Candel, J. P. (2001). Medidas de calidad de vida relacionada con la salud. conceptos básicos, construcción y adaptación cultural. *Medicina Clínica*, 116(20), 789-796.
- Aranceta, J., Pérez-Rodrigo, C., Serra-Majem, L., Bellido, D., de la Torre, ML, Formiguera, X., y Moreno, B. (2007). Prevención del sobrepeso y la obesidad: un enfoque español. *Nutrición de salud pública*, 10 (10A), 1187-1193.
- Arguello, M., Bautista, Y., Carvajal, J., De Castro, K., Díaz, D., Escobar, M., . . . Rincón, L. (2009). Estilos de vida en estudiantes del área de la salud de bucaramanga. *Revista de Psicología Universidad de Antioquia*, 1(2), 27-41.
- Arroyo, HV. La universidad y el desarrollo de las redes académicas y profesionales de promoción de la salud y educación para la salud en América Latina. Reporte: Documento de trabajo desarrollado para el IV Congreso Internacional de Universidades Promotoras de la Salud, Pamplona, Navarra, España, 2009. Retrieved from

http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&Itemid=270&gid=30019&lang=en

- Asociación Médica Mundial. (2013). Declaración de Helsinki: Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. Retrieved from <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>
- Aubà, J., Barranco, J., Córdoba, R., Ledesma, A., Mosquera, J., Picó, M., . . . Ribas, A. (2000). *Recomendaciones semFYC alcohol*. Barcelona: SemFYC.
- Avilés, A. G. P., Castillo, Yolanda del Carmen Moreno, Zarco, L. M., y Rojas, F. V. (2008). Asociación entre índice de masa corporal y calidad de vida relacionada con la salud en una clínica de medicina familiar. *Revista de Endocrinología y Nutrición*, 16(4), 144-152.
- Balady, G. J. (2002). Survival of the fittest - more evidence. *N engl J med*, 346 (11), 852-854.
- Ballard-Barbash, R., & Swanson, C. A. (1996). Body weight: Estimation of risk for breast and endometrial cancers. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 63(3 Suppl), 437S-41S.
- Banegas, J. R., Díez-Gañán, L., Banuelos-Marco, B., González-Enríquez, J., Villar-Álvarez, F., Martín-Moreno, J. M., . . . Jiménez-Ruiz, C. (2011). Mortalidad atribuible al consumo de tabaco en España en 2006. *Medicina Clínica*, 136(3), 97-102.
- Barcones, M. F. (2016). *Calidad de vida relacionada con la obesidad y la depresión en el seguimiento universidad de navarra (SUN)* [Tesis Doctoral]. Universidad de Navarra, Navarra. Retrieved from <http://hdl.handle.net/10171/43050>
- Bayona-Marzo, I., Navas-Cámara, F., Fernández de Santiago, F., Mingo-Gómez, T., y Cacho del Amo, A. (2007). Hábitos dietéticos en estudiantes de fisioterapia. *Nutrición Hospitalaria*, 22(5), 573-577.

BIBLIOGRAFÍA

- Becoña, E., Vázquez, M., Míguez, M., Fernández del Río, E., López-Durán, A., Martínez, Ú., & Piñeiro, B. (2013). Smoking habit profile and health-related quality of life. *Psicothema*, 25(4).
- BEG. (2013). Prevalencia de sedentarismo na poboación galega: 2007-2011. Boletín Epidemiolóxico de Galicia - *BEG*, 25(2):15-22. Retrieved from <http://www.sergas.es/Saude-publica/Documents/34/Prevalencia%20de%20sedentarismo%20na%20poboacion%20galega%202007-2011.pdf>
- Bennasar Veny, M. (2012). *Estilos de vida y salud en estudiantes universitarios: La universidad como entorno promotor de la salud* [Tesis Doctoral]. Universitat de les Illes Balears, Illes Balears. Retrieved from <http://www.tdx.cat/handle/10803/84136>
- Berjano, R. M., Pérez, M. R. S., y Foguet, J. M. B. (1994). *Conductas de los escolares españoles relacionadas con la salud, 1986-199* Editorial CSIC-CSIC Press.
- Bes-Rastrollo, M., Pérez Valdivieso, J., Sánchez-Villegas, A., Alonso, A., y Martínez-González, M. (2005). Validación del peso e índice de masa corporal auto-declarados de los participantes de una cohorte de graduados universitarios. *Rev Esp Obes*, 3(6), 352-358.
- Blair, S., & Hardman, A. (1995). Special issue: physical activity, health and well-being – an international scientific consensus conference”. *Research Quarterly in Exercise and Sport*, 66. 127-134.
- Blair, S. N. (2009). Physical inactivity: The biggest public health problem of the 21st century. *British Journal of Sports Medicine*, 43(1), 1-2.
- Bognar, G. (2005). The concept of quality of life. *Social Theory and Practice*, 31(4), 561-580.
- Boreham, C. (2006). Physical activity for health. *Journal of Sports Sciences*, 24(9), 917-918.

- Bouchard, C. (1995). Physical activity, health, and well-being: An international scientific consensus conference. proceedings. *Research Quarterly for Exercise and Sport*, 66(4), 268-323.
- Bouchard, C., Shephard, R., Stephens, T., Sutton, J., & McPherson, B. (1990). Exercise, fitness, and health: The consensus statement. *Exercise, Fitness, and Health: A Consensus of Current Knowledge: Proceedings of the International Conference on Exercise, Fitness and Health, may 29-June 3, 1988, Toronto, Canada.* (pp. 3-28). Human Kinetics Publishers.
- Bowling, A. (1994). *La medida de la salud: Revisión de las escalas de medidas de la calidad de vida* Barcelona, España: Masson SA.
- Breslow, R. A., Guenther, P. M., Juan, W., & Graubard, B. I. (2010). Alcoholic beverage consumption, nutrient intakes, and diet quality in the US adult population, 1999-2006. *Journal of the American Dietetic Association*, 110(4), 551-562.
- Briceño-León, R. (1999). *Ciencias Sociales y Salud En América Latina: Un Balance*. Caracas: Fundación Polar.
- Brown, W. J., Mishra, G., Lee, C., & Bauman, A. (2000). Leisure time physical activity in australian women: Relationship with well being and symptoms. *Research Quarterly for Exercise and Sport*, 71(3), 206-216.
- Brown, W. J., Trost, S. G., Bauman, A., Mummery, K., & Owen, N. (2004). Test-retest reliability of four physical activity measures used in population surveys. *Journal of Science and Medicine in Sport*, 7(2), 205-215.
- Buuren, S., & Groothuis-Oudshoorn, K. (2011). Mice: Multivariate imputation by chained equations in R. *Journal of Statistical Software*, 45(3).
- Cabrero, M., García, A., Salinero, J., Pérez, B., Fernández, J., & Gracia, R. (2012). Diet quality ad its relation to sex and BMI adolescents. *Nutr Clin Diet Hosp*, 32(2), 21-27.

BIBLIOGRAFÍA

- Cáceres, D., Salazar, I., Varela, M., y Tovar, J. (2006). Consumo de drogas en jóvenes universitarios y su relación de riesgo y protección con los factores psicosociales. *Universitas Psychologica*, 5(3).
- Cadarso Suárez, A., Dopico Calvo, X., Iglesias-Soler, E., Suárez, C., y Gude Sampedro, F. (2017). Calidad de vida relacionada con la salud y su relación con la adherencia a la dieta mediterránea y la actividad física en universitarios de Galicia. *Nutr. Clín. Diet. Hosp.*, 37(2), 42-49.
- Camacho, J. G., Moral, E. G., y Gracia, L. (2012). Prevención cuaternaria: Es posible (y deseable) una asistencia sanitaria menos dañina. *Amf*, 8(6), 312-317.
- Cardona Gonzalez, D. Y., Orrego Arango, D. C., Osorio Muñoz, A. A., y Sierra Gil, A. M. (2012). *Promocion de la salud y prevencion de la enfermedad, actualidad, normas y aplicacion en Colombia* [Tesis Doctoral]. Universidad CES, Medellín, Colombia. Retrieved from <http://hdl.handle.net/10946/342>
- Carmona Moreno, L. D., Rozo Reyes, C. M., y Mogollón Pérez, A. S. (2005). La salud y la promoción de la salud: Una aproximación a su desarrollo histórico y social. *Revista Ciencias de la Salud*, 3(1).
- Carril, P. C. M., y Sanmamed, M. G. (2010). Estudio cuantitativo sobre el uso docente de herramientas teleformativas en el ámbito de la programación y bases de datos. *EduTec. Revista Electrónica De Tecnología Educativa*, (32).
- Carta de Edmonton. (2005). Carta para universidades promotoras de la salud e instituciones de educación superior. Retrieved from http://www.paho.org/per/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=251&Itemid=
- Cartujo Redondo, A. (2017). *Percepción de salud en función del estilo de vida en estudiantes universitarios* [Trabajo de Fin de Grado]. Universidad de Valladolid, Castilla y León. Retrieved from uvadoc.uva.es/bitstream/10324/24969/TFG-M-N994.pdf

- Caspersen, C. J., Powell, K. E., & Christenson, G. M. (1985). Physical activity, exercise, and physical fitness: Definitions and distinctions for health-related research. *Public Health Reports*, 100(2), 126-131.
- Catalá-López, F., y Gènova-Maleras, R. (2013). La carga de enfermedad atribuible a los principales factores de riesgo en los países de europa occidental: El reto de controlar los factores de riesgo cardiovascular. *Revista Española de Cardiología*, 66(07), 591-593.
- Cayuela, A., Rodríguez-Domínguez, S., y Otero, R. (2007). Deterioro de la calidad de vida relacionada con la salud en fumadores varones sanos. *Archivos de Bronconeumología*, 43(2), 59-63.
- CE nº 1169/2011. Reglamento (UE) nº 1169/2011 del parlamento europeo y del consejo de 25 de octubre de 2011 sobre la información alimentaria facilitada al consumidor. Retrieved from <https://www.boe.es/doue/2011/304/L00018-00063.pdf>
- CE nº 1924/2006. Reglamento (CE) nº 1924/2006 del parlamento europeo y del consejo, de 20 de diciembre de 2006, relativo a las declaraciones nutricionales y de propiedades saludables en los alimentos. Retrieved from <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/?qid=1440586777543&uri=CELEX:32006R1924>
- CE. (2014). Comisión Europea. Sondaxe Eurobarómetro sobre os niveis de deporte e inactividade física na UE. Bruxelas, 24 de marzo de 2014. Retrieved from http://europa.eu/rapid/press-release_IP-14-300_pt.htm
- Celis-Morales CA, Pérez-Bravo F, Ibañez L, Sanzana R, Hormázabal E, Ulloa N, et al. Insulin Resistance in Chileans of European and Indigenous Descent: Evidence for an Ethnicity x Environment Interaction. *PLoS ONE* 2011; 6 (9): e24690.
- Cervera Burriel, F., Serrano Urrea, R., Vico García, C., Milla Tobarra, M., y García Meseguer, M. J. (2013). Hábitos alimentarios y evaluación nutricional en una población universitaria. *Nutrición Hospitalaria*, 28(2), 438-446.

BIBLIOGRAFÍA

- Cházaro-Molina, E. A., & Muñoz-Cano, J. M. (2015). Comunicación educativa a pacientes con diabetes mellitus 2 y adherencia al tratamiento nutricional= educational communication to patients with type 2 diabetes mellitus and adherence to nutritional therapy. *Revista Española De Comunicación En Salud*, , 126-137.
- Chau JY, Grunseit AC, Chey T, Stamatakis E, Brown WJ, Matthews CE, et al. Daily Sitting Time and All-Cause Mortality: A Meta-Analysis. *Plos One* 2013; 8 (11): 14.
- Chen, C., & Storr, C. L. (2006). Alcohol use and health-related quality of life among youth in taiwan. *Journal of Adolescent Health*, 39(5), 752. e9-752. e16.
- Chobanian, A. V., Bakris, G. L., Black, H. R., Cushman, W. C., Green, L. A., Izzo Jr, J. L., . . . Wright Jr, J. T. (2003). The seventh report of the joint national committee on prevention, detection, evaluation, and treatment of high blood pressure: The JNC 7 report. Retrieved from https://www.researchgate.net/profile/Lee_Green2/publication/10759194_The_Seventh_Report_of_the_Joint_National_Committee_on_Prevention_Detection_Evaluation_and_Treatment_of_High_Blood_Pressure_The_JNC_7_Report/links/00463524d85b7d77ad000000.pdf
- CIPS Shangai. (2016). Novena conferencia mundial de promoción de la salud. La promoción de la salud en los objetivos de desarrollo sostenible. 21 al 24 de noviembre de 2016. Shanghai, china. Retrieved from <http://www.who.int/mediacentre/events/2016/health-promotion/es/>
- CIS. (2012). Barómetro sanitario, 2012 del CIS (centro investigaciones sociológicas). Retrieved from <http://www.cis.es/cis/export/sites/default/-Archivos/Marginales/Globales/8812/es8812mar.pdf>
- Clancy, C. M., & Eisenberg, J. M. (1998). Outcomes research: measuring the end results of health care. *Science* 282(5387), 245-246.
- Clemente, F. M., Nikolaidis, P. T., Martins, F. M. L., & Mendes, R. S. (2016). Physical activity patterns in university students: Do they follow the public health guidelines?. *PloS one*, 11(3), e0152516.

Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4811432/>

- Cohen, L., y Manion, L. (1990). *Métodos de investigación educativa*. Madrid, España: La Muralla.
- Conn, V. S., Hafdahl, A. R., Cooper, P. S., Brown, L. M., & Lusk, S. L. (2009). Meta-analysis of workplace physical activity interventions. *American Journal of Preventive Medicine*, 37(4), 330-339.
- Consejo de Coordinación Universitaria. Ministerio de Educación y Ciencia (2005). *Espacio Europeo de Educación Superior (EEES)*. Retrieved from <http://www.eees.es/>
- Consejo Superior de Deportes (2010). *Plan integral para la actividad física y el deporte (plan A+D) para el período 2010 a 2020*. Retrieved from <http://www.planamasd.es>.
- Constitución Española, de 29 de diciembre de 1978, páginas 29313 a 29424 (112 págs.) [boe n.º 311, 29/12/1978]. Retrieved from https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-1978-31229
- Cooper, S. B., Bandelow, S., & Nevill, M. E. (2011). Breakfast consumption and cognitive function in adolescent schoolchildren. *Physiology & Behavior*, 103(5), 431-439.
- Corchado Albalat, M. Y. (2016). *Efectos de una dieta mediterránea sobre la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes de alto riesgo cardiovascular: Resultados del predimed Sevilla* [Tesis Doctoral]. Universidad de Sevilla, Andalucía. Retrieved from <http://hdl.handle.net/11441/39807>
- Córdoba, R., Cabezas, C., Camarelles, F., Gómez, J., Herráez, D. D., López, A., . . . Marqués, F. (2012). Recomendaciones sobre el estilo de vida. *Atención Primaria*, 44, 16-22.
- Córdoba, R., Nerín, I., Galindo, V., Alayeto, C., Villaverde-Royo, M. V., y Sanz, C. (2013). Impacto de la nueva legislación sobre tabaquismo (ley 42/2010) en los

BIBLIOGRAFÍA

- niveles de humo ambiental de tabaco en locales de hostelería. *Gaceta Sanitaria*, 27(2), 161-163.
- Conselleria de Sanidade. *Almorzo Saúdable*. Sergas. Retrieved from <https://www.sergas.es/Saude-publica/Importancia-almorzo-idade-escolar>
- Cosselman, K. E., Navas-Acien, A., & Kaufman, J. D. (2015). Environmental factors in cardiovascular disease. *Nature Reviews.Cardiology*, 12(11), 627.
- Cossio-Bolaños Marco Antonio, De Arruda Miguel, Moyano Portillo Álvaro, Eduardo, G. M., Mateo, P. L. L., y Luis, L. A. J. (2011). Composición corporal de jóvenes universitarios en relación a la salud. *Nutr.Clin.Diet.Hosp*, 31(3), 15-21.
- Craig, C. L., Marshall, A. L., Sjostrom, M., Bauman, A. E., Booth, M. L., Ainsworth, B. E., . . . Oja, P. (2003). International physical activity questionnaire: 12-country reliability and validity. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 35(8), 1381-1395.
- Cristi-Montero C, Rodríguez FR. [The paradox of being physically active but sedentary or sedentary but physically active]. *Rev Med Chile* 2014; 142 (1): 72-8.
- da Silva, R., Bach-Faig, A., Quintana, B. R., Buckland, G., de Almeida, Maria Daniel Vaz, & Serra-Majem, L. (2009). Worldwide variation of adherence to the mediterranean diet, in 1961–1965 and 2000–2003. *Public Health Nutrition*, 12(9A), 1676-1684.
- Danaei, G., Vander Hoorn, S., Lopez, A. D., Murray, C. J., Ezzati, M., & Comparative Risk Assessment collaborating group (Cancers. (2005). Causes of cancer in the world: Comparative risk assessment of nine behavioural and environmental risk factors. *The Lancet*, 366(9499), 1784-1793.
- Danjoy León, D., Ferreira, P. S., & Pillon, S. C. (2010). Knowledge and practice regarding tobacco use among pharmacy undergraduate students in lima, peru. *Revista Latino-Americana De Enfermagem*, 18(SPE), 582-588.

- de Dios, T. R., Sánchez-Pinilla, R. O., Peña, C. C., García, D. F., Adell, M. N., y García, R. C. (2003). Recomendaciones sobre el estilo de vida. *Aten Primaria*, 32(Supl 2), 30-44.
- de Dios, T. R. (2006). Alcohol: Tercer factor de riesgo en países desarrollados. *Atención Primaria*, 38(6), 313-315.
- De la Montaña, J., Castro, L., Cobas, N., Rodríguez, M., y Míguez, M. (2012). Adherencia a la dieta mediterránea y su relación con el índice de masa corporal en universitarios de galicia. *Nutr. Clín. Diet. Hosp.*, 32(3), 72-80.
- De Lorgeril, M., & Salen, P. (2012). New insights into the health effects of dietary saturated and omega-6 and omega-3 polyunsaturated fatty acids. *BMC Medicine*, 10(1), 50.
- Deasy, C., Coughlan, B., Pironom, J., Jourdan, D., & Mcnamara, P. M. (2014). Psychological distress and lifestyle of students: Implications for health promotion. *Health Promotion International*, 30(1), 77-87.
- Declaración de Pamplona/Iruña (2009). IV congreso de Universidades Promotoras de Salud 7, 8 y 9 de Octubre de 2009. Retrieved from <http://www.fundacion.unavarra.es/universidadsaludable/documentos/declaracion%20de%20pamplona.pdf>
- Devís, J., y Peiró, C. (2001). Fundamentos para la promoción de la actividad física relacionada con la salud. *La Educación Física, El Deporte y La Salud En El Siglo XXI. Alicante: Marfil*, , 295-321.
- Diez, J., y Peirats, E. (1999). El consumo abusivo de alcohol en la adolescencia: Un modelo explicativo desde la psicología social. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Plan Nacional sobre Drogas. Retrieved from <http://www.cedro.sld.cu/bibli/a/a4.pdf>.
- Dinc, G., Eser, E., Saatli, G., Cihan, U., Oral, A., Baydur, H., & Ozcan, C. (2006). The relationship between obesity and health related quality of life of women in a turkish

BIBLIOGRAFÍA

- city with a high prevalence of obesity. *Asia Pacific Journal of Clinical Nutrition*, 15(4), 508.
- Dirección General de Tráfico (2011). *Estrategia de seguridad vial 2011-2020*. Retrieved from http://www.dgt.es/Galerias/seguridad-vial/politicas-viales/estrategicos-2011-2020/doc/estrategico_2020_004.pdf
- Directiva 2001/37/CE. Directiva del Parlamento Europeo y del Consejo, de 5 de junio de 2001, relativa a la aproximación de las disposiciones legales, reglamentarias y administrativas de los estados miembros en materia de fabricación, presentación y venta de los productos del tabaco [Diario Oficial de las Comunidades Europeas, de 18-VII-2001]. Retrieved from http://ec.europa.eu/health/sites/health/files/tobacco/docs/dir200137ec_tobaccoproducts_es.pdf
- Directiva 2003/33/CE. Directiva del Parlamento Europeo y del Consejo, de 26 de mayo de 2003, relativa a la aproximación de las disposiciones legales, reglamentarias y administrativas de los estados miembros en materia de publicidad y de patrocinio de los productos del tabaco [Diario Oficial de las Comunidades Europeas, de 20-VI-2003]. Retrieved from <http://eu.vlex.com/vid/reglamentarias-publicidad-patrocinio-15709387>
- Douglas, F., Van Teijlingen, E., Torrance, N., Fearn, P., Kerr, A., & Meloni, S. (2006). Promoting physical activity in primary care settings: Health visitors' and practice nurses' views and experiences. *Journal of Advanced Nursing*, 55(2), 159-168.
- DRECE Grupo, Fuentes, José Antonio Gutiérrez, Gómez-Jerique, J., de la Cámara, Agustín Gómez, Rubio, M. Á., Hernández, A. G., y Arístegui, I. (2000). Dieta y riesgo cardiovascular en España (DRECE II). Descripción de la evolución del perfil cardiovascular. *Medicina Clínica*, 115(19), 726-729. Retrieved from <http://www.jano.es/ficheros/jano/Drece.pdf>
- Durá Travé, T., Castroviejo Gandarias, A. (2011). Adherencia a la dieta mediterránea en la población universitaria. *Nutrición Hospitalaria*, 26(3), 602-608.

- Durá Travé, T. (2013). Análisis nutricional del desayuno y almuerzo en una población universitaria. *Nutrición Hospitalaria*, 28(4), 1291-1299.
- Duval, K., Marceau, P., Lescelleur, O., Hould, F., Marceau, S., Biron, S., . . . Lacasse, Y. (2006). Health-related quality of life in morbid obesity. *Obesity Surgery*, 16(5), 574-579.
- Eisenmann, J., Bartee, R., Smith, D., Welk, G., & Fu, Q. (2008). Combined influence of physical activity and television viewing on the risk of overweight in US youth. *International Journal of Obesity*, 32(4), 613-618.
- Ejecutivo, C. (2011). *Prevención y control de las enfermedades no transmisibles: Resultados de la reunión de alto nivel de la asamblea general sobre la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles y de la primera conferencia ministerial mundial sobre modos de vida sanos y control de las enfermedades no transmisibles: Informe de la secretaria*. OMS. Retrieved from http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB130/B130_6-sp.pdf
- El Ansari, W., Stock, C., John, J., Deeny, P., Phillips, C., Snelgrove, S., . . . Stoate, M. (2011). Health promoting behaviours and lifestyle characteristics of students at seven universities in the UK. *Central European Journal of Public Health*, 19(4), 197.
- Ellingson, T., & Conn, V. S. (2000). Exercise and quality of life in elderly individuals. *Journal of Gerontological Nursing*, 26(3), 17-25.
- Encuesta de Salud de las Illes Balears (2007). Govern de les Illes Balears. Retrieved from <http://www.caib.es/sites/esib07/f/64052>
- Encuesta Europea de Salud en España 2009. Instituto Nacional de Estadística. Retrieved from http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/EncuestaEuropea/Principales_Resultados_Informe.pdf Encuesta Nacional de Salud sobre la población con estudios universitarios de 18 a 24 años (2011-2012). Instituto Nacional de Estadística (INE). Encuesta Nacional de Salud 2011-2012. Retrieved from www.ine.es

BIBLIOGRAFÍA

- Encuesta Europea de salud en España 2014, realizada por el instituto nacional de estadística (INE), parte española de la european health interview survey (EHIS), que coordina la oficina europea de estadística (Eurostat). Retrieved from https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/EncuestaEuropea/Tend_salud_30_indic.pdf
- Encuesta Nacional de Salud en España 1997. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. Retrieved from <http://www.msc.es/salud/epidemiologia/ies/encuesta>.
- Encuesta Nacional de Salud en España 2011-12. Ministerio de Servicios Sociales e Igualdad. Madrid. Retrieved from https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2011/informesMonograficos/Act_fis_desc_ocio.4.pdf
- England NHS. (2014). 2015–16 National Health visiting core service specification. Retrieved from www.england.nhs.uk
- Erben, R., Franzkowiak, P., & Wenzel, E. (1992). Assessment of the outcomes of health intervention. *Social Science & Medicine*, 35(4), 359-365.
- Espacio Europeo de Educación Superior. Retrieved from <http://www.eees.es>
- Essa, H. A. E., & El-Shemy, M. B. A. (2015). Prevalence of lifestyle associated risk factors for non-communicable diseases and its effect on quality of life among nursing students, faculty of nursing, tanta university. *Int J*, 3(5), 429-446.
- Estrada, J. G. S., López, T. M. T., Beltrán, C. A., y Espinoza, A. L. (2016). Calidad de vida relacionada con la salud y obesidad en el personal docente universitario de jalisco, méxico. health-related quality of life and obesity at the university faculty of jalisco, mexico. *Actualización En Nutrición*, 17(3), 79-86.
- Estrategia de promoción de la salud y prevención en el SNS (2014). Informe del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad 2014. Retrieved from <https://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/docs/EstrategiaPromocionSaludyPrevencionSNS.pdf>

- Estruch, R., Ros, E., Salas-Salvadó, J., Covas, M., Corella, D., Arós, F., . . . Lapetra, J. (2013). Primary prevention of cardiovascular disease with a mediterranean diet. *New England Journal of Medicine*, 368(14), 1279-1290.
- European Union Health Policy Forum. (2012). *Respuesta a la DG SANCO sobre el proceso de consulta en enfermedades crónicas*. 13 de enero de 2012. Retrieved from http://ec.europa.eu/health/major_chronic_diseases/docs/hpf_response_consultation_cd_en.pdf.
- Evans, R. G., Barer, M. L., y Marmor, T. R. (1996). *Por qué alguna gente está sana y otra no?: Los determinantes de la salud de las poblaciones*. Madrid, España: Díaz de Santos.
- FEN. 2018. Fundación Española de la Nutrición (FEN), 2018. Informe de Estado de Situación sobre “Frutas y Hortalizas: Nutrición y Salud en la España del S. XXI”. Retrieved from <http://www.fen.org.es/index.php/actividades/publicacion/informe-de-estado-de-situacion-sobre-frutas-y-hortalizas-nutricion-y-salud-en-la-espana-del-siglo-xxi>
- Fernández, I. C., & Solá, I. B. (2001). Dimensiones de los motivos de práctica deportiva de los adolescentes valencianos escolarizados. *Apunts.Educación Física y Deportes*, 1(63), 22-29.
- Ferrer, C., Orozco, D., Román, P., Carreras, M., Gutiérrez, R. y Nuño, R. (2012). *Estrategia para el Abordaje de la cronicidad en el Sistema Nacional de Salud*. Gobierno de España: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Retrieved from http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/ESTRATEGIA_ABORDAJE_CRONICIDAD.pdf
- Festi, D., Scaioli, E., Baldi, F., Vestito, A., Pasqui, F., Di Biase, A. R., & Colecchia, A. (2009). Body weight, lifestyle, dietary habits and gastroesophageal reflux disease. *World Journal of Gastroenterology*, 15(14), 1690-1701.

BIBLIOGRAFÍA

- Fiorentine, R., Pilati, M. L., & Hillhouse, M. P. (1999). Drug treatment outcomes: Investigating the long-term effects of sexual and physical abuse histories. *Journal of Psychoactive Drugs*, 31(4), 363-372.
- Fogelholm, M., & Kukkonen-Harjula, K. (2000). Does physical activity prevent weight gain—a systematic review. *Obesity Reviews*, 1(2), 95-111.
- Fontaine, K. R., Cheskin, L. J., & Barofsky, I. (1996). Health-related quality of life in obese persons seeking treatment. *Journal of Family Practice*, 43(3), 265-271.
- Forouzanfar, M. H., Afshin, A., Alexander, L. T., Anderson, H. R., Bhutta, Z. A., Biryukov, S., . . . Charlson, F. J. (2016). Global, regional, and national comparative risk assessment of 79 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks, 1990-2015: A systematic analysis for the global burden of disease study 2015. *The Lancet*, 388(10053), 1659-1724.
- Forouzanfar, M. H., Alexander, L., Anderson, H. R., Bachman, V. F., Biryukov, S., Brauer, M., . . . Cohen, A. (2015). Global, regional, and national comparative risk assessment of 79 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks in 188 countries, 1990–2013: A systematic analysis for the global burden of disease study 2013. *The Lancet*, 386(10010), 2287-2323.
- Fox, K. (2000). Promoting activity in young people: Key psychosocial considerations. *Actas Del II Congreso Internacional de Educación Física y Salud*, 89-103.
- from Smoking, L. L., & Cessation, A. (2000). A 'stages of change' approach to helping patients change behavior. *Am Fam Physician*, 61(5), 1409-1416.
- Fuentes, J. A. G., Gómez-Jerique, J., de la Cámara, Agustín Gómez, Rubio, M. Á., Hernández, A. G., y Arístegui, I. (2000). Dieta y riesgo cardiovascular en España (DRECE II). descripción de la evolución del perfil cardiovascular. *Medicina Clínica*, 115(19), 726-729.
- Fundación Dieta Mediterránea. (2017). Retrieved from <https://www.dietamediterranea.com/>

- Galicia Saudable. (2011). Plan galego para o fomento da actividade física. Xunta de Galicia. Retrieved from http://deporte.xunta.gal/adjuntos/cNoticias/67_2_plan_0.pdf
- Gallego Sánchez-Noriega, J. (2015). Influencia del peso y el nivel de actividad física en la calidad de vida de estudiantes universitarios. *Revista Iberoamericana De Ciencias De La Actividad Física y El Deporte*, 4(2).
- Galobart, J. C., y Revuelta, C. C. (1989). El proyecto healthy cities en España. *Revisiones en Salud Pública*, 1, 159.
- García de Albéniz, Xabier Adrián, Guerra-Gutiérrez, F., Ortega-Martínez, R., Sánchez-Villegas, A., y Martínez-González, M. Á. (2004). Smoking among a cohort of spanish university graduates: The SUN project. *Gaceta Sanitaria*, 18(2), 108-117.
- García de Albéniz, Xabier Adrián, Guerra-Gutiérrez, F., Ortega-Martínez, R., Sánchez-Villegas, A., y Martínez-González, M. Á. (2004). Smoking among a cohort of spanish university graduates: The SUN project. *Gaceta Sanitaria*, 18(2), 108-117.
- García Rueda, M. (2016). *Tabaquismo y calidad de vida relacionada con la salud* [Tesis Doctoral]. Universidad de Málaga, Andalucía. Retrieved from <http://orcid.org/0000-0002-9705-4800>
- García, D. F., Sánchez, V. M., Casares, A. M. V., Presa, C. L., Martínez, M. E. F., & González, José Manuel De Luis. (2007). Tobacco use amongst nursing and physiotherapy students: A cross sectional questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 44(5), 780-785.
- Garrow, JS, & Summerbell, CD (1995). Metaanálisis: efecto del ejercicio, con o sin dieta, sobre la composición corporal de sujetos con sobrepeso. *Revista europea de nutrición clínica* , 49(1), 1-10.
- Gavidia Catalán, V. (2003). La educación para la salud en los manuales escolares españoles. *Revista Española De Salud Pública*, 77(2), 275-285.

BIBLIOGRAFÍA

- Gelber, A. C., Hochberg, M. C., Mead, L. A., Wang, N., Wigley, F. M., & Klag, M. J. (1999). Body mass index in young men and the risk of subsequent knee and hip osteoarthritis. *The American Journal of Medicine*, 107(6), 542-548.
- Gerhardt, C. A., Britto, M. T., Mills, L., Biro, F. M., & Rosenthal, S. L. (2003). Stability and predictors of Health-Related quality of life of Inner-City girls. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 24(3), 189-194.
- Giguère, A., Légaré, F., Grimshaw, J., Turcotte, S., Fiander, M., Grudniewicz, A., . . . Gagnon, M. (2012). Printed educational materials: Effects on professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database Syst Rev.*, doi:10.1002/14651858.CD004398.pub3.
- Giovannucci, E., Colditz, G. A., Stampfer, M. J., & Willett, W. C. (1996). Physical activity, obesity, and risk of colorectal adenoma in women (united states). *Cancer Causes and Control*, 7(2), 253-263.
- Glanz, K., Rimer, B. K., & Viswanath, K. (2008). *Health behavior and health education: Theory, research, and practice*. John Wiley & Sons.
- Global Burden of Disease Profile. (2010). Institute for health metrics and evaluation. GBD profiles: Spain 2010. Retrieved from http://www.healthdata.org/sites/default/files/files/country_profiles/GBD/ihme_gbd_country_report_spain.pdf.
- Global Burden of Disease Study. (2010). Global burden of disease 2010 study published. Executive summary - the lancet, 13 december 2012 - London. Retrieved from http://www.who.int/pmnch/media/news/2012/who_burdenofdisease/en/
- Glovannucci, E., Colditz, G., Stampfer, M. J., Rimm, E. B., Litin, L., Sampson, L., & Willett, W. C. (1991). The assessment of alcohol consumption by a simple self-administered questionnaire. *American Journal of Epidemiology*, 133(8), 810-817.
- Godoy, J. F. (1999). *Manual de psicología de la salud: Fundamentos, metodología y aplicaciones*. Madrid: Biblioteca Nueva.

- Goldsmith, S. B. (1972). The status of health status indicators. *Health services reports*, 87(3), 212.
- Goldsmith, S. B. (1973). The status of health status indicators. *Health services reports*, 88(10), 937-941.
- Gómez Domínguez, J. I., y Salazar Hernández, N. (2010). *Hábitos alimenticios en estudiantes universitarios de ciencias de la salud de Minatitlán* [Tesis Doctoral]. Universidad Veracruzana, Minatitlán, México.
- González Pérez, U. (2002). El concepto de calidad de vida y la evolución de los paradigmas de las ciencias de la salud. *Revista Cubana De Salud Pública*, 28(2), 157-175.
- González Sanmamed, M. (2005). La integración de las tecnologías de la información y la comunicación en la educación superior: Experiencias en la UDC. *Manuela Raposo y Ma. Carmen Sarceda (Coords.), Experiencias y Prácticas Educativas con Nuevas Tecnologías, Ourense, AICA Ediciones*, 69-87.
- González, A. y Ríos, M. (1999). *Crecer con el deporte*. en G. nieto y E. J. Garcés de los Fayos (coords.), *Psicología de la actividad física y el deporte*, tomo II (pp. 456-469). Murcia: Sociedad murciana de psicología de la actividad física y el deporte.
- González-Sanmamed, M. (1993). *Perspectivas para el desarrollo del conocimiento profesional de los profesores en formación* [Tesis doctoral]. Universidad de Santiago de Compostela, Galicia.
- Goran, M. I. (1998). Measurement issues related to studies of childhood obesity: assessment of body composition, body fat distribution, physical activity, and food intake. *Pediatrics*, 101(Supplement 2), 505-518.
- Gorber, S. C., Tremblay, M., Moher, D., & Gorber, B. (2007). A comparison of direct vs. self-report measures for assessing height, weight and body mass index: A systematic review. *Obesity Reviews*, 8(4), 307-326.

BIBLIOGRAFÍA

- Gottschalk, P., Macaulay, C., Sawyer, J., & Miles, J. (1977). Nutrient intakes of university students living in residence. *J Can Diet Assoc*, 38, 47-53.
- Graud, A., Font-Mayolas, S., Eugènia Gras, M., Suñer, R., y Noguera, J. (2007). Calidad de vida relacionada con la salud y consumo de tabaco. *Psychosocial Intervention*, 16(1), 79-92.
- Gray, L., & Leyland, A. H. (2008). Overweight status and psychological well-being in adolescent boys and girls: A multilevel analysis. *The European Journal of Public Health*, 18(6), 616-621.
- Gutiérrez, M. (2000). Actividad física, estilos de vida y calidad de vida. *Revista De Educación Física*, 77(5), 14.
- Gutiérrez, M. (2000). Aspectos del entorno escolar y familiar que se relacionan con la práctica deportiva en la adolescencia. *I Congreso Hispano-Portugués De Psicología*. Santiago de Compostela.
- Gutiérrez-Fisac, J., Guallar-Castillón, P., León-Muñoz, L., Graciani, A., Banegas, J., & Rodríguez-Artalejo, F. (2012). Prevalence of general and abdominal obesity in the adult population of Spain, 2008–2010: The ENRICA study. *Obesity Reviews*, 13(4), 388-392.
- Haas, B. K. (1999). Clarification and integration of similar quality of life concepts. *Journal of Nursing Scholarship*, 31(3), 215-220.
- Hagger, M. S., Chatzisarantis, N., & Biddle, S. J. (2001). The influence of self-efficacy and past behaviour on the physical activity intentions of young people. *Journal of Sports Sciences*, 19(9), 711-725.
- Hart, T. L., Craig, C. L., Griffiths, J. M., Cameron, C., Andersen, R. E., Bauman, A., & Tudor-Locke, C. (2011). Markers of sedentarism: The joint Canada/US survey of health. *Journal of Physical Activity and Health*, 8(3), 361-371.

- Healthy People 2010 (Group), & Human Services. (2000). *Healthy people 2010*. US Department of Health and Human Services.
- Healy, G. N., Clark, B. K., Winkler, E. A., Gardiner, P. A., Brown, W. J., & Matthews, C. E. (2011). Measurement of adults' sedentary time in population-based studies. *American Journal of Preventive Medicine*, 41(2), 216-227.
- Hernán, M., Fernández, A., y Ramos, M. (2004). La salud de los jóvenes. *Gaceta Sanitaria*, 18(4), 47-55.
- HHS. (2006). *The health consequences of involuntary exposure to tobacco smoke: A report from the surgeon general*. Atlanta, GA: US Department of Health and Human Services, centers for disease control and prevention, coordinating center for health promotion, national center for chronic disease prevention and health promotion, office on smoking and health.
- HHS. (2008). *Physical activity Guidelines for Americans*. Activity guidelines advisory committee report, 2008. Washington, DC: US Department of Health and Human Services. Retrieved from www.health.gov/paguidelines
- HHS. (2010). *Healthy people 2010: Objectives for improving health*. united states department of health and human services. US Department of Health and Human Services. Retrieved from https://www.cdc.gov/nchs/data/hpdata2010/hp2010_general_data_issues.pdf
- HHS. (2014). *Health consequences of smoking: A report of the surgeon general - 50 years of progress* (2014). US Department of Health and Human Services. Office of the surgeon general. Rockville, MD. Retrieved from <https://www.surgeongeneral.gov/library/reports/50-years-of-progress/full-report.pdf>
- Hislop, T. G., Bajdik, C. D., Balneaves, L. G., Holmes, A., Chan, S., Wu, E., . . . Butler, A. L. (2006). Physical and emotional health effects and social consequences after participation in a low-fat, high-carbohydrate dietary trial for more than 5 years. *Journal of Clinical Oncology*, 24(15), 2311-2317.

BIBLIOGRAFÍA

- Hochbaum, G. M. (1958). *Public participation in medical screening programs: A socio-psychological study* US Department of Health, Education, and Welfare, Public Health Service, Bureau of State Services, Division of Special Health Services, Tuberculosis Program.
- Hontangas Carrascosa, J. *El derecho a la salud en el deporte* (Tesis Doctoral). Universitat de Lleida, Cataluña. Retrieved from <http://hdl.handle.net/10803/386457>
- Hu, F. B. (2003). The mediterranean diet and mortality-olive oil and beyond. *New England Journal of Medicine*, 348(26), 2595-2596.
- Hu, F. B., Manson, J. E., Stampfer, M. J., Colditz, G., Liu, S., Solomon, C. G., & Willett, W. C. (2001). Diet, lifestyle, and the risk of type 2 diabetes mellitus in women. *New England Journal of Medicine*, 345(11), 790-797.
- Huang, I., Frangakis, C., & Wu, A. (2006). The relationship of excess body weight and health-related quality of life: Evidence from a population study in taiwan. *International Journal of Obesity*, 30(8), 1250-1259.
- Hudgson, N., Andrews, B., & Butler-Adam, J. (1995). Leisure participation and perceptions of psychological benefits. *Journal for Research in Sport, Physical Education and Recreation*, 18 (2), 29-37.
- Hultman, E. (1989). Nutritional effects on work performance. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 49(5 Suppl), 949-957.
- Hunt SM. (1997). The problem of quality of life. *Qual Life Res*, 6, 205-12.
- Idler, E. L., & Benyamini, Y. (1997). Self-rated health and mortality: A review of twenty-seven community studies. *Journal of Health and Social Behavior*, 21-37.
- INE (2006). *Encuesta nacional de salud de 2006*. Instituto Nacional de Estadística. Ministerio de Sanidad y Política Social. Gobierno de España. Retrieved from <http://www.msps.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2006/encuestaNacionalSalud2006.pdf>

- INE (2012). *Movimiento natural de la población e indicadores demográficos básicos*. Instituto Nacional de Estadística. Ministerio de Sanidad y Política Social. Gobierno de España. Retrieved from <http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=/t20/e301/&file=inebase>
- INE. (2017). *Esperanza de Vida*. . Instituto Nacional de Estadística. Ministerio de Sanidad y Política Social. Gobierno de España. Retrieved from http://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=INESeccion_C&cid=1259926380048&p=1254735110672&pagename=ProductosYServicios/PYSLayout
- Informe MSSSI. (2013). *Informe del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad a las Cortes Generales de evaluación del impacto sobre la salud pública de la ley 42/2010*. Retrieved from <http://ep00.epimg.net/descargables/2013/10/08/59081bd38f9d789babbd0f116f25e7fc.pdf>
- Instituto Galego de Estatística. (2015). *Principais datos de Galicia*. Xunta de Galicia. Retrieved from http://www.ige.eu/igebdt/esq.jsp?idioma=gl&pagina=002005&ruta=datos-basicos/datos_basicos.jsp
- IPAQ Research Committee. (2005). *Guidelines for data processing and analysis of the International Physical Activity Questionnaire (IPAQ) – short and long forms* 2009. Retrieved from <http://www.ipaq.ki.se/scoring.pdf>
- Irazusta, A., Hoyos, I., Irazusta, J., Ruiz, F., Díaz, E., & Gil, J. (2007). Increased cardiovascular risk associated with poor nutritional habits in first-year university students. *Nutrition Research*, 27(7), 387-394.
- Ishimoto, Y., Yoshida, M., Nagata, K., Yamada, H., Hashizume, H., & Yoshimura, N. (2013). Consuming breakfast and exercising longer during high school increases bone mineral density in young adult men. *Journal of Bone and Mineral Metabolism*, 31(3), 329-336.

BIBLIOGRAFÍA

- IUHPE. (2000). Unión internacional de promoción de la salud y educación para la salud. La evidencia de la eficacia de la Promoción de la Salud. *RCOE*, 7(5), 537-545. Retrieved from http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1138-123X2002000600007&lng=es&tlng=es.
- Jakicic, JM y Otto, AD (2005). Consideraciones de actividad física para el tratamiento y prevención de la obesidad. *El diario estadounidense de nutrición clínica*, 82 (1), 226S-229S.
- Jia, H., & Lubetkin, E. I. (2005). The impact of obesity on health-related quality-of-life in the general adult US population. *Journal of Public Health*, 27(2), 156-164.
- Johnson, J. M., & Ballin, S. D. (1996). Surgeon General's report on physical activity and health is hailed as a historic step toward a healthier nation. *Circulation*, 94(9), 2045-2045.
- Joseph, R. P., Royse, K. E., Benitez, T. J., & Pekmezi, D. W. (2014). Physical activity and quality of life among university students: Exploring self-efficacy, self-esteem, and affect as potential mediators. *Quality of Life Research*, 23(2), 659-667.
- Jurakić, D., Pedišić, Ž., & Andrijašević, M. (2009). Physical activity of croatian population: Cross-sectional study using international physical activity questionnaire. *Croatian Medical Journal*, 50(2), 165-173.
- Jürgens, I. (2006). Práctica deportiva y percepción de calidad de vida. *Revista Internacional De Medicina y Ciencias De La Actividad Física y Del Deporte/International Journal of Medicine and Science of Physical Activity and Sport*, 6(22).
- Katz, D. A., McHorney, C. A., & Atkinson, R. L. (2000). Impact of obesity on health-related quality of life in patients with chronic illness. *Journal of General Internal Medicine*, 15(11), 789-796.
- Kickbusch, I. (1986). Life-styles and health. *Soc Sci Med*, 22(2), 117-124.

- Knoops, K. T., de Groot, L. C., Kromhout, D., Perrin, A., Moreiras-Varela, O., Menotti, A., & Van Staveren, W. A. (2004). Mediterranean diet, lifestyle factors, and 10-year mortality in elderly european men and women: The HALE project. *Jama*, 292(12), 1433-1439.
- Kolotkin, R. L., Head, S., Hamilton, M., & Tse, C. J. (1995). Assessing impact of weight on quality of life. *Obesity*, 3(1), 49-56.
- Kortt, M. A., & Clarke, P. M. (2005). Estimating utility values for health states of overweight and obese individuals using the SF-36. *Quality of Life Research*, 14(10), 2177-2185.
- Kottke, T., Baechler, C., Canterbury, M., Danner, C., Erickson, K., Hayes, R., ... Wilkinson, J. (2013). *Healthy lifestyles*. (5th Ed.) Bloomington, MN: Institute for Clinical Systems Improvement.
- Kulinski JP, Khera A, Ayers CR, Das SR, de Lemos JA, Blair SN, et al. Association between cardiorespiratory fitness and accelerometer-derived physical activity and sedentary time in the general population. *Mayo Clin Proc* 2014; 89 (8): 1063-71.
- la Cruz-Sánchez, D., Feu, S., y Vizuete-Carrizosa, M. (2013). El nivel educativo como factor asociado al bienestar subjetivo y la salud mental en la población española. *Universitas Psychologica*, 12(1), 31-40.
- Lazarou, C., Panagiotakos, D. B., & Matalas, A. (2009). Level of adherence to the mediterranean diet among children from cyprus: The CYKIDS study. *Public Health Nutrition*, 12(7), 991-1000.
- Ledo-Varela, M., de Luis Román, Daniel Antonio, González-Sagrado, M., Izaola Jauregui, O., Conde Vicente, R., & Aller De la Fuente, R. (2011). Características nutricionales y estilo de vida en universitarios. *Nutrición Hospitalaria*, 26(4), 814-818.
- Lee, I., Paffenbarger, R., & Hennekens, C. (1997). Physical activity, physical fitness and longevity. *Aging Clinical and Experimental Research*, 9(1-2), 2-11.

BIBLIOGRAFÍA

Lei 2/1996, de 8 de maio, de Galicia sobre drogas [DOG nº 100, de 22-V-1996]. Retrieved from https://www.xunta.gal/dog/Publicados/1996/19960522/Anuncio65E2_es.html.

Lema Soto, L. F., Salazar Torres, I. C., Varela Arévalo, M. T., Tamayo Cardona, J. A., Rubio Sarria, A., y Botero Polanco, A. (2009). Comportamiento y salud de los jóvenes universitarios: Satisfacción con el estilo de vida. *Pensamiento Psicológico*, 5(12).

Leon-Munoz, L. M., Guallar-Castillon, P., Graciani, A., Lopez-Garcia, E., Mesas, A. E., Aguilera, M. T., . . . Rodriguez-Artalejo, F. (2012). Adherence to the mediterranean diet pattern has declined in spanish adults. *The Journal of Nutrition*, 142(10), 1843-1850.

Ley 10/1990, de 15 de octubre, del deporte [boe n.º 249, 06/11/1990]. Retrieved from <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1990-25037>

Ley 28/2005, de 26 de diciembre, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco [boe n.º 309, 27/12/2005]. Retrieved from http://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=boe-a-1978-31229

Ley 11/2010, de 17 de diciembre, de prevención del consumo de bebidas alcohólicas en menores de edad [boe n.º 25, 29/01/2011]. Retrieved from <https://www.boe.es/boe/dias/2011/01/29/pdfs/BOE-A-2011-1647.pdf>

Ley 42/2010, de 30 de diciembre, por la que se modifica la ley 28/2005, de 26 de diciembre, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco [boe n.º 318, 31/12/2010]. Retrieved from https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2010-20138

Ley 17/2011, de 5 de julio, de seguridad alimentaria y nutrición [boe n.º 160, de 6-VII-2011]. Retrieved from https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2011-11604

- Ley Orgánica 15/1999, de 13 de Diciembre, de protección de datos de carácter personal [boe n.º 298, 14/12/1999] . Retrieved from <https://boe.es/boe/dias/1999/12/14/pdfs/A43088-43099.pdf>
- Ley Orgánica 3/2013, de 20 de Junio, de protección de la salud del deportista y lucha contra el dopaje en la actividad deportiva [boe n.º 148, de 21-VI-2013]. Retrieved from https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2013-6732
- Li, S., Treuth, M., & Wang, Y. (2010). How active are american adolescents and have they become less active? *Obesity Reviews*, 11(12), 847-862.
- Lianov, L., & Johnson, M. (2010). Physician competencies for prescribing lifestyle medicine. *Jama*, 304(2), 202-203.
- Lim, S. S., Vos, T., Flaxman, A. D., Danaei, G., Shibuya, K., Adair-Rohani, H., . . . Andrews, K. G. (2013). A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990–2010: A systematic analysis for the global burden of disease study 2010. *The Lancet*, 380(9859), 2224-2260.
- López, M. J., Fernández, E., Pérez-Rios, M., Martínez-Sánchez, J. M., Schiaffino, A., Galán, I., . . . Saltó, E. (2012). Impact of the 2011 spanish smoking ban in hospitality venues: Indoor secondhand smoke exposure and influence of outdoor smoking. *Nicotine & Tobacco Research*, 15(5), 992-996.
- Lopez, M. J., Perez-Rios, M., Schiaffino, A., Nebot, M., Montes, A., Ariza, C., . . . Fernandez, E. (2007). Mortality attributable to passive smoking in Spain, 2002. *Tobacco Control*, 16(6), 373-377.
- Lopez-Azpiazu, I., Sanchez-Villegas, A., Johansson, L., Petkeviciene, J., Prättälä, R., & Martínez-González, M. (2003). Disparities in food habits in Europe: Systematic review of educational and occupational differences in the intake of fat. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 16(5), 349-364.

BIBLIOGRAFÍA

- López-Fernández, L. A., y Aranda-Regules, J. M. (1994). Promoción de la salud: Un enfoque en salud pública. Granada: Escuela andaluza de salud pública.
- Lopez-Garcia, E., Banegas, J. B., Gutierrez-Fisac, J., Pérez-Regadera, A. G., Diez-Ganan, L., & Rodriguez-Artalejo, F. (2003). Relation between body weight and health-related quality of life among the elderly in Spain. *International Journal of Obesity*, 27(6), 701-709.
- Lowry, R., Galuska, D. A., Fulton, J. E., Wechsler, H., Kann, L., & Collins, J. L. (2000). Physical activity, food choice, and weight management goals and practices among US college students. *American Journal of Preventive Medicine*, 18(1), 18-27.
- Madariaga, I. A., y Antón, V. A. N. (2008). Aspectos estadísticos del cuestionario de calidad de vida relacionada con salud short form-36 (SF-36). *Estadística Española*, 50(167), 147-192.
- Mantilla Toloza, Sonia Carolina. (2007). *Calidad de vida y otros comportamientos de salud en estudiantes universitarios* [Tesis Doctoral]. Universidad de Murcia. Murcia. Retrieved from <http://hdl.handle.net/10803/123293>
- Manzano, V., y Braña, T. (2005). Análisis de datos y técnicas de muestreo. *Análisis Multivariable Para Las Ciencias Sociales*. Madrid: Pearson Prentice Hall, , 91-143.
- Martinez-Gonzalez, M. A., Varo, J. J., Santos, J. L., Irala, J. d., Gibney, M., Kearney, J., y Martinez, J. A. (2001). *Prevalence of physical activity during leisure time in the European Union*. *Med sci sports exerc* 2001; 33:1142-6.
- Mato, M., & Tsukasaki, K. (2017). Modeling the factors associating with health-related habits among Japanese students. *Health Promotion International*. doi: 10.1093/heapro/dax077
- MECD. (2016). Ministerio de Educación y Deportes. Secretaría General de Universidades. Datos básicos del sistema universitario español, Curso 2015/16. Edición: 2016. Retrieved from

<https://www.mecd.gob.es/dms/mecd/servicios-al-ciudadano-mecd/estadisticas/educacion/universitaria/datos-cifras/datos-y-cifras-SUE-2015-16-web-.pdf>

Mechanic, D. (1979). The stability of health and illness behavior: Results from a 16-year follow-up. *American Journal of Public Health*, 69(11), 1142-1145.

Midanik, L. T. (1989). Perspectives on the validity of Self-Reported alcohol use. *Addiction*, 84(12), 1419-1423.

Míguez Bernárdez, M., Castro Sobrino, L., Collins Greene, A., y Miguélez, M. (2013). Variaciones en la dieta de universitarios gallegos (Campus de Ourense) con relación al patrón cardioprotector de la dieta mediterránea. *Nutrición Hospitalaria*, 28(6), 2099-2106.

Miller, W. R., & Rollnick, S. (2002). *Motivational interview in preparing people to change addictive behaviour*. New York (USA): Guilford press.

Ministerio de Sanidad y Consumo (2007). *Prevención de los problemas derivados del alcohol*. Retrieved from <https://www.msssi.gob.es/alcoholJovenes/docs/prevencionProblemasAlcohol.pdf>

Ministerio de Sanidad y Consumo (2008). I conferencia de prevención y promoción de la salud en la práctica clínica en España: Prevención de los problemas derivados del alcohol. *Atención primaria*, 40, 11, 567-569.

Ministerio de Sanidad y Política Social (2010). *Sistema Nacional de Salud España 2010*. Gobierno de España. Retrieved from http://www.cescanarias.org/documentos/sns_2010.pdf

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2009). *Estrategia nacional de drogas*. delegación del gobierno para el plan nacional sobre drogas 2009-2016. Retrieved from <http://www.pnsd.msssi.gob.es/pnsd/estrategiaNacional/docs/EstrategiaPNSD2009-2016.pdf>

BIBLIOGRAFÍA

- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2012). *Estrategia para el abordaje de la cronicidad en el sistema nacional de salud*. ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad. gobierno de españa. Retrieved from http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/ESTRATEGIA_ABORDAJE_CRONICIDAD.pdf
- Mokdad, A. H., Marks, J. S., Stroup, D. F., & Gerberding, J. L. (2004). Actual causes of death in the united states, 2000. *Jama*, 291(10), 1238-1245.
- Molíás, F. M., Peña, C. C., Guillem, F. C., García, R. C., Puente, J. G., y Seco, E. M. (2010). Recomendaciones sobre el estilo de vida. *Atencion Primaria*, 44, 16-22.
- Molina-García, J., Castillo, I., & Pablos, C. (2009). Determinants of leisure-time physical activity and future intention to practice in spanish college students. *The Spanish Journal of Psychology*, 12(1), 128-137.
- Montero Bravo, A., Úbeda Martín, N., y García González, A. (2006). Evaluación de los hábitos alimentarios de una población de estudiantes universitarios en relación con sus conocimientos nutricionales. *Nutrición Hospitalaria*, 21(4), 466-473.
- Mooney, A. (2006). Quality of life: Questionnaires and questions. *Journal of Health Communication*, 11(3), 327-341.
- Moreno San Pedro, E. y Gil Roales-Nieto, J. (2003). El modelo de creencias de salud: Revisión teórica, consideración crítica y propuesta alternativa. I: Hacia un análisis funcional de las creencias en salud. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 3(1).
- Moreno, G. A. (2008). La definición de salud de la organización mundial de la salud y la interdisciplinariedad. *Sapiens.Revista Universitaria De Investigación*, 9(1), 93.
- Moreno-Gómez, C., Romaguera-Bosch, D., Tauler-Riera, P., Bennasar-Veny, M., Pericas-Beltran, J., Martinez-Andreu, S., y Aguilo-Pons, A. (2012). Clustering of lifestyle factors in spanish university students: The relationship between smoking, alcohol

- consumption, physical activity and diet quality. *Public Health Nutrition*, 15(11), 2131-2139.
- Munoz, M., Fito, M., Marrugat, J., Covas, M., & Schröder, H. (2008). Adherence to the mediterranean diet is associated with better mental and physical health. *British Journal of Nutrition*, 101(12), 1821-1827.
- Myers, J., Prakash, M., Froelicher, V., Do, D., Partington, S., & Atwood, J. E. (2002). Exercise capacity and mortality among men referred for exercise testing. *New England Journal of Medicine*, 346(11), 793-801.
- Murray, C. J., Vos, T., Lozano, R., Naghavi, M., Flaxman, A. D., Michaud, C., ... & Aboyans, V. (2013). Disability-adjusted life years (DALYs) for 291 diseases and injuries in 21 regions, 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *The lancet*, 380(9859), 2197-2223. Retrieved from http://www.who.int/pmnch/media/news/2012/who_burdenofdisease/en/
- Nanda, U., & Andresen, E. M. (1998). Health-related quality of life: A guide for the health professional. *Evaluation & the Health Professions*, 21(2), 179-215.
- Naos. (2005). *Estrategia para la Actividad física y prevención de la obesidad*. Ministerio de Sanidad y Consumo. Gobierno de España. Retrieved from http://www.aecosan.msssi.gob.es/AECOSAN/web/nutricion/seccion/estrategia_naos.htm
- Navarrete, L., y Rego, E. (2001). El consumo de alcohol en establecimientos ubicados dentro de establecimientos universitarios. Estudio comparado en Madrid y Galicia. Retrieved from <http://www.pnsd.msssi.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/bibliotecaDigital/publicaciones/pdf/JuventudDrogodependencias3.pdf>
- Navarro, V. (1998). Concepto actual de la salud pública. *Martínez, F., Castellanos, PL, Navarro, V., Salud Pública*, , 49-54.

BIBLIOGRAFÍA

- Navarro-Meza, M., Martínez Moreno, A. G., López-Espinoza, A., López-Uriarte, P., y Benavides Gómez, María del Refugio. (2014). Comparación en la ingesta de alimentos de adultos que residen en una zona rural y urbana de jalisco, méxico. *Revista Mexicana De Trastornos Alimentarios*, 5(1), 11-19.
- NICE. (2014). The national institute for health and care excellence. *Behaviour change: Individual approaches issued: NICE public health guidance 49*. Retrieved from <http://www.nice.org.uk/>
- Nicklas, T. A., Bao, W., Webber, L. S., & Berenson, G. S. (1993). Breakfast consumption affects adequacy of total daily intake in children. *Journal of the American Dietetic Association*, 93(8), 886-891.
- Nicklas, T. A., Reger, C., Myers, L., & O'Neil, C. (2000). Breakfast consumption with and without vitamin-mineral supplement use favorably impacts daily nutrient intake of ninth-grade students. *Journal of Adolescent Health*, 27(5), 314-321.
- Nicklas, T. A., O'Neil, C. E., & Berenson, G. S. (1998). Nutrient contribution of breakfast, secular trends, and the role of ready-to-eat cereals: A review of data from the bogalusa heart study. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 67(4), 757S-763S.
- Nissinen, A., Berrios, X., & Puska, P. (2001). Community-based noncommunicable disease interventions: Lessons from developed countries for developing ones. *Bulletin of the World Health Organization*, 79(10), 963-970.
- ODPHP. (2017). Office of Disease Prevention and Health Promotion. Office of the assistant secretary for health, office of the secretary. U.S. department of health and human services. Retrieved from <https://health.gov/paguidelines/guidelines/chapter2.aspx>
- OEDT. (2015). *Estadísticas 2015. Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España*. Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías. Estadísticas 2015. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Madrid. Retrieved from http://www.pnsd.msssi.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/informesEstadisticas/pdf/ESTADISTICAS_2015.pdf

- OEDT. (2015). *Encuesta sobre alcohol y drogas en España (EDADES) 2015-2016*. Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías. Estadísticas 2015. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Madrid. Retrieved from http://www.pnsd.msssi.gob.es/gl/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/2015_EDADES__Informe_.pdf
- OEDT. (2016). *Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España*. Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías. Estadísticas 2016. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Madrid. Retrieved from http://www.pnsd.msssi.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/informesEstadisticas/pdf/2016_INFORME_OEDT.pdf
- Okoro, C. A., Brewer, R. D., Naimi, T. S., Moriarty, D. G., Giles, W. H., & Mokdad, A. H. (2004). Binge drinking and health-related quality of life: Do popular perceptions match reality? *American Journal of Preventive Medicine*, 26(3), 230-233.
- Oleson, M. (1990). Subjectively perceived quality of life. *Journal of Nursing Scholarship*, 22(3), 187-190.
- Oliva, J. (2009). *Obesidad y calidad de vida relacionada con la salud*. Documentos de trabajo departamento de análisis económico y finanzas. Universidad de Castilla-La Mancha. España. Retrieved from <https://previa.uclm.es/dep/daef/DOCUMENTOS%20DE%20TRABAJO/2009-3%20DT-DAEF.pdf>
- Olmedilla Alonso, B. (2002). Beneficios derivados del consumo de frutas y verduras y perspectivas de futuro. *Alimentaria*, (337), 11-19.
- OMS. (1948). Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Génova, Italia. Documentos básicos, suplemento de la 45a edición, octubre de 2006 . Retrieved from http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf
- OMS. (1986). Carta de Ottawa sobre Promoción de la Salud. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud. Retrieved from

BIBLIOGRAFÍA

- <http://www1.paho.org/spanish/HPP/OttawaCharterSp.pdf>
<https://mpsp.webs.uvigo.es/rev01-1/Ottawa-01-1.pdf>
- OMS. (1998). Glosario de términos básicos en promoción de la salud, Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud. Retrieved from <https://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/glosario.pdf>
- OMS. (2004). *Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud*. 57ª. Asamblea mundial de la salud WHA57.17. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud. Retrieved from http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/21211/1/A57_9-sp.pdf
- OMS. (2005). World health assembly resolution WHA58.26 on public health problems caused by harmful use of alcohol. Geneva, world health organization, 2005. Retrieved from http://policy.who.int/cgi-bin/om_isapi.dll?infobase=WHA&softpage=Browse_Frame_Pg42
- OMS. (2008). As 6 medidas MPOWER. Ginebra, Suiza: Org. Mundial de la Salud. Retrieved from http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/181425/1/WHO_NMH_PND_15.5_spa.pdf?ua=1&ua=1
- OMS. (2008). *Prevención y control de las enfermedades no transmisibles: Aplicación de la estrategia mundial*. 61ª asamblea mundial de la salud WHA61.14. ginebra: Organización mundial de la salud; 2008. Retrieved from http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/26218/1/A61_8-sp.pdf
- OMS. (2010). *Estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol*. OMS. Retrieved from http://www.who.int/substance_abuse/activities/msbalcstrategies.pdf
- OMS. (2010). Recomendaciones mundiales sobre actividad física para la salud. Fecha de publicación: 2010. ISBN 978 92 4 359997 7. Retrieved from http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44441/1/9789243599977_spa.pdf

- OMS. (2011). Informe OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo, 2011: Advertencia sobre los peligros del tabaco: Resumen. Retrieved from http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70681/1/WHO_NMH_TFI_11.3_spa.pdf
- OMS. (2011). Reunión plenaria de alto nivel de la asamblea general de las naciones unidas sobre la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles. informe de la secretaria de la salud, asamblea mundial de la OMS. septiembre de 2011. Retrieved from http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/5238/1/A64_21-sp.pdf
- OMS. (2013). Plan de acción mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles 2013-2020. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud. Retrieved from http://www.who.int/cardiovascular_diseases/15032013_updated_revised_draft_action_plan_spanish.pdf
- OMS. (2017). 10 datos sobre la actividad física. Nota descriptiva de la OMS, Febrero de 2017. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud. Retrieved from http://www.who.int/features/factfiles/physical_activity/es/
- OMS. (2017). Nota descriptiva de la OMS sobre el tabaco, mayo de 2017. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud. Retrieved from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/es/>
- OMS. (2017). Nota descriptiva de la OMS sobre las enfermedades no transmisibles, junio de 2017. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud. Retrieved from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/es/>
- OMS. (2017). Nota descriptiva N°311 de la OMS sobre el sobrepeso y la obesidad, octubre de 2017. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud. Retrieved from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>
- OMS/Unicef. (1978). Declaración de ALMA-ATA de 1978. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud. Retrieved from http://www.terceridad.net/Legislacion_salud/Documentos%20B%20El%20Promoci%20de%20la%20salud/AlmaAta-02-1.pdf

BIBLIOGRAFÍA

- Ortega, R., Requejo, A., Andrés, P., Ortega, A., Redondo, R., López-Sobaler, A., . . . López-Bonilla, D. (1995). Tendencias de consumo de alimentos en niños en función de sus hábitos de desayuno. *Nutr Clin*, 15(2), 31-37.
- Paffenbarger, R. S., Jr, Kampert, J. B., Lee, I. M., Hyde, R. T., Leung, R. W., & Wing, A. L. (1994). Changes in physical activity and other lifeway patterns influencing longevity. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 26(7), 857-865.
- Paletas, K., Athanasiadou, E., Sarigianni, M., Paschos, P., Kalogirou, A., Hassapidou, M., & Tsapas, A. (2010). The protective role of the mediterranean diet on the prevalence of metabolic syndrome in a population of greek obese subjects. *Journal of the American College of Nutrition*, 29(1), 41-45.
- Palomba R. Calidad de Vida: Conceptos y medidas. Documentos del Taller sobre calidad de vida y redes de apoyo de las personas adultas mayores. Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) / División de Población, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Santiago, Chile: Fondo de Población de las Naciones Unidas, Julio 2002. Retrieved from http://www.eclac.cl/celade/agenda/2/10592/envejecimientorp1_ppt.pdf
- Pan, S. Y., Cameron, C., DesMeules, M., Morrison, H., Craig, C. L., & Jiang, X. (2009). Individual, social, environmental, and physical environmental correlates with physical activity among canadians: A cross-sectional study. *BMC Public Health*, 9(1), 21.
- Pan, S. Y., Cameron, C., DesMeules, M., Morrison, H., Craig, C. L., & Jiang, X. (2009). Individual, social, environmental, and physical environmental correlates with physical activity among canadians: A cross-sectional study. *BMC Public Health*, 9(1), 21.
- Papadaki, A., Hondros, G., Scott, J. A., & Kapsokefalou, M. (2007). Eating habits of university students living at, or away from home in greece. *Appetite*, 49(1), 169-176.

- Pardini, R., Matsudo, S., Araújo, T., Matsudo, V., Andrade, E., Braggion, G., . . . Raso, V. (2001). Validation of the international physical activity questionnaire (IPAQ version 6): Pilot study in brazilian young adults. *Rev Bras Ciên e Mov*, 9, 45-51.
- Parkin, D. (2011). Tobacco-attributable cancer burden in the UK in 2010. *British Journal of Cancer*, 105, S6-S13.
- PASEA. (2006). Programa galego de actividades saudables, exercicio e alimentación enmarcado no Plan de Saúde 2006/09 da Conselleria de Sanidade da Xunta de Galicia. Retrieved from http://www.aecosan.msssi.gob.es/AECOSAN/docs/documentos/nutricion/Presentacion_5_Manuel_A_Varela_-Ponente_VI_Convencion_NAOS.pdf
- Pastor, A. M. (2007). *Hábitos y estilos de vida asociados a enfermedades vasculares en Hábitos y estilos de vida asociados a enfermedades vasculares en universitarios* [Tesis Doctoral]. Universidad de San Antonio, Murcia. Retrieved from <http://repositorio.ucam.edu/bitstream/handle/10952/736/Tesis.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Pastor, F. P. (2002). Percepción del alcohol entre los jóvenes. *Adicciones*, 14(5), 123-131.
- Pate, R. R., O'Neill, J. R., & Lobelo, F. (2008). The evolving definition of "sedentary". *Exercise and Sport Sciences Reviews*, 36(4), 173-178. doi:10.1097/JES.0b013e3181877d1a
- Patrick, D. L., & Bergner, M. (1990). Measurement of health status in the 1990s. *Annual Review of Public Health*, 11(1), 165-183.
- Pearson, T. A., Blair, S. N., Daniels, S. R., Eckel, R. H., Fair, J. M., Fortmann, S. P., . . . Taubert, K. A. (2002). AHA guidelines for primary prevention of cardiovascular disease and stroke: 2002 update: Consensus panel guide to comprehensive risk reduction for adult patients without coronary or other atherosclerotic vascular diseases. american heart association science advisory and coordinating committee. *Circulation*, 106(3), 388-391.

BIBLIOGRAFÍA

- Peltzer, K., & Pengpid, S. (2016). Heavy drinking and social and health factors in university students from 24 low, middle income and emerging economy countries. *Community Mental Health Journal*, 52(2), 239-244.
- Peña Quimbaya, E., Colina Gallo, E., & Vásquez Gómez, A. C. (2009). Actividad física en empleados de la universidad de caldas, colombia. *Revista Hacia La Promoción De La Salud*, 14(2).
- Pender, N. (2003). Modelo de la salud en la práctica de enfermería. *Noewalk, Conneticut y Los Altos, California: Appleton & Large*.
- Pérez-Gallardo, L., Gómez, T. M., Marzo, I. B., Pascual, M. Á. F., Calle, E. M., Domínguez, R. R., . . . Cámara, F. N. (2015). Calidad de la dieta en estudiantes universitarios con distinto perfil académico. *Nutrición Hospitalaria*, 31(5), 2230-2239.
- Pickering, T. G. (2003). Lifestyle modification and blood pressure control: is the glass half full or half empty?. *Jama*, 289(16), 2131-2132.
- Piedrola Gil. (2008). *Medicina preventiva y salud pública* (11ª edición). Barcelona: Elsevier.
- Pinto, J., y Carbajal, A. (2003). *La dieta equilibrada, prudente o saludable*. Madrid: Instituto de Salud Pública.
- Plaisted, C. S., Lin, P., D ARD, J., McCLURE, M. L., & Svetkey, L. P. (1999). The effects of dietary patterns on quality of life: A substudy of the dietary approaches to stop hypertension trial. *Journal of the American Dietetic Association*, 99(8), S84-S89.
- Plan de trastornos adictivos de Galicia 2011-2016. Consellería de Sanidade da Xunta de Galicia. Retrieved from http://xuventude.xunta.es/uploads/docs/Observatorio/Plan_de_trastornos_adictivos_de_Galicia_2011-2016.pdf

- Poirier, P. (2015). The many paradoxes of our modern world: is there really an obesity paradox or is it only a matter of adiposity assessment?. *Annals of internal medicine*, 163(11), 880-881.
- Pollitt, E. (1995). Does breakfast make a difference in school? *Journal of the American Dietetic Association*, 95(10), 1134-1139.
- Pollitt, E., Leibel, R. L., & Greenfield, D. (1981). Brief fasting, stress, and cognition in children. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 34(8), 1526-1533.
- Puhl, R. M., & Brownell, K. D. (2003). Psychosocial origins of obesity stigma: Toward changing a powerful and pervasive bias. *Obesity Reviews*, 4(4), 213-227.
- Puig, N. (1998). *Individualización, diferencia y calidad de vida en el deporte. Educación Física y Calidad de Vida*. Madrid: Librerías deportivas Esteban Sanz.
- Pullen, C., Walker, S. N., & Fiandt, K. (2001). Determinants of Health-Promoting lifestyle behaviors in rural older women. *Family & Community Health*, 24(2), 49-72.
- RD 1100/1978. Real decreto por el que se regula la publicidad del tabaco y bebidas alcohólicas en los medios de difusión del estado. Retrieved from http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/alcohol/docs/estatal/RD1100_78.pdf
- Real Academia Española – Significado de Calidade de Vida. Diccionario. Consultado: 23.09.2017. Retrieved from <http://dle.rae.es/?id=6nVpk8P>
- REEPS. (1998). Red de escuelas para la salud en Europa. Instituto de formación del profesorado, investigación e innovación educativa, del Ministerio de Educación. Gobierno de España. Retrieved from <https://www.educacion.navarra.es/documents/27590/188173/Red+SHE+Objetivos%2C%20Principios%2C%20Historia/b271813e-2ed9-4ecc-b067-137da3378557>

BIBLIOGRAFÍA

- Reeves, S., Halsey, L. G., McMeel, Y., & Huber, J. W. (2013). Breakfast habits, beliefs and measures of health and wellbeing in a nationally representative UK sample. *Appetite*, 60, 51-57.
- Regidor, E., y Gutiérrez-Fisac, J. (2013). *Patrones de mortalidad en España, 2010*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- Rehm, J., Baliunas, D., Borges, G. L., Graham, K., Irving, H., Kehoe, T., . . . Poznyak, V. (2010). The relation between different dimensions of alcohol consumption and burden of disease: An overview. *Addiction*, 105(5), 817-843.
- Reig-Ferrer, A., Cabrero García, J., Ferrer Cascales, R. I., y Richart Martínez, M. (2001). *La calidad de vida y el estado de salud de los estudiantes universitarios*. Universidad de Alicante.
- Reilly, JJ, Kelly, L., Montgomery, C., Williamson, A., Fisher, A., McColl, JH, ... y Grant, S. (2006). Actividad física para prevenir la obesidad en niños pequeños: ensayo controlado aleatorizado grupal. *Bmj*, 333 (7577), 1041.
- Rejeski, W. J., & Mihalko, S. L. (2001). Physical activity and quality of life in older adults. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 56(suppl 2), 23-35.
- RES 66/288. Resolución de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el desarrollo sostenible. Retrieved from http://www.un.org/en/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/66/288&Lang=S
- REUS. (2008). Red Española de Universidades Saludables. Retrieved from <http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/UniversidadesSaludables/REUS.htm>
- Rico Díaz, J. (2017). *Hábitos y motivaciones de práctica de actividad físico-deportiva del alumnado universitario* [Tesis Doctoral]. Universidade de Vigo, Galicia. Retrieved from <http://hdl.handle.net/11093/711>

- Rodrigo, M. J., Máiquez, M. L., García, M., Mendoza, R., Rubio, A., Martínez, A., & Martín, J. C. (2004). Relaciones padres-hijos y estilos de vida en la adolescencia. *Psicothema*, 16(2).
- Rodríguez Marín, Jesús y García Hurtado, José. (1995). *Estilo de vida y salud*. Latorre, JM, editor. Ciencias psicosociales aplicadas II. Madrid: Síntesis.
- Rodríguez, A. P. (2003). Modelo de promoción de la salud, con énfasis en actividad física, para una comunidad estudiantil universitaria. *Revista De Salud Pública*, 5(3), 284-300.
- Rodríguez-García, R., y Goldman, A. (1996). *La conexión salud-desarrollo*. Washington, D.C: Organización Panamericana de la Salud.
- Rodríguez-Martos Dauer, A., Gual Solé, A., y Llopis Llácer, J. J. (1999). La unidad de bebida estándar como registro simplificado del consumo de bebidas alcohólicas y su determinación en España. *Medicina Clínica*, 112(12), 446-450.
- Romaguera, D., Tauler, P., Bennasar, M., Pericas, J., Moreno, C., Martinez, S., & Aguilo, A. (2011). Determinants and patterns of physical activity practice among Spanish university students. *Journal of Sports Sciences*, 29(9), 989-997.
- Romero Collado, A., Cayuela Andreu, M., Molina Hernández, A., y Solsona Tuneu, M. (2004). ¿Se alimentan correctamente nuestros jóvenes universitarios? *Revista Rol de Enfermería*, 27(2), 129-134.
- Room, R., Babor, T., & Rehm, J. (2005). Alcohol and public health. *The Lancet*, 365(9458), 519-530.
- Ros Rahola, E., Fisac, C., y Pérez-Heras, A. (1998). ¿Qué es realmente la dieta mediterránea. *Fmc*, 5, 557-571.
- Rosenbaum, M., & Leibel, R. L. (1998). The physiology of body weight regulation: relevance to the etiology of obesity in children. *Pediatrics*, 101(Supplement 2), 525-539.

BIBLIOGRAFÍA

- Rosenstock, I. M. (1974). Historical origins of the health belief model. *Health Education Monographs*, 2(4), 328-335.
- Roth, E. (1990). Aplicaciones comunitarias de la medicina conductual. *Revista Latinoamericana De Psicología*, 22(1).
- Royal College of Physicians of London. (2002). *Addiction in Britain: A report of the tobacco advisory group of the Royal College of Physicians of London*. Retrieved from https://www.hri.global/files/2011/07/13/RCP_-_Protecting_Smokers.pdf
- Ruiz Moreno, E., Del Pozo de la Calle, S., Valero Gaspar, T., Ávila Torres, J., y Varela-Moreiras, G. (2013). *Estudio de hábitos alimentarios y estilos de vida de los universitarios españoles: Patrón de consumo de bebidas fermentadas*. Madrid: Fundación Española De La Nutrición (FEN).
- Ruta, D. A., Garratt, A. M., Leng, M., Russell, I. T., & MacDonald, L. M. (1994). A new approach to the measurement of quality of life: The patient-generated index. *Medical Care*, 1109-1126.
- Sach, T., Barton, G., Doherty, M., Muir, K., Jenkinson, C., & Avery, A. (2007). The relationship between body mass index and health-related quality of life: Comparing the EQ-5D, EuroQol VAS and SF-6D. *International Journal of Obesity*, 31(1), 189-196.
- Sahakyan, K. R., Somers, V. K., Rodriguez-Escudero, J. P., Hodge, D. O., Carter, R. E., Sochor, O., ... & Lopez-Jimenez, F. (2015). Normal-weight central obesity: implications for total and cardiovascular mortality. *Annals of internal medicine*, 163(11), 827-835.
- Salas-Salvadó, J., Rubio, M. A., Barbany, M., Moreno, B., y de la SEEDO, Grupo Colaborativo. (2007). Consenso SEEDO 2007 para la evaluación del sobrepeso y la obesidad y el establecimiento de criterios de intervención terapéutica. *Medicina Clínica*, 128(5), 184-196.

- Salazar, M. C. R., Molina, J., Muñoz, C. J., y Bautista, T. P. (2011). Calidad de vida y actividad física en estudiantes, docentes y administrativos de una universidad de Bogotá. Universidad El Bosque, Bogotá, Colombia. *Cuadernos Hispanoamericanos de Psicología*, 11(1), 19-37.
- San Martin, H. S., y Pastor, M. Y. V. (1989). *Economía de la salud: Teoría social de la salud*. Madrid: McGraw-hill.
- Sanabria-Ferrand, P. A., González, L. A., y Urrego, D. Z. (2007). Estilos de vida saludable en profesionales de la salud colombianos. Estudio exploratorio. *Revista Med*, 15(2).
- Sánchez, P. H., Ruano, C., De Irala, J., Ruiz-Canela, M., Martínez-González, M., y Sánchez-Villegas, A. (2012). Adherence to the mediterranean diet and quality of life in the SUN project. *European Journal of Clinical Nutrition*, 66(3), 360-368.
- Sanchez-Gomez, M. B., Gómez-Salgado, J., Gonzalo-Duarte, C. (2008). *Educación para la salud*. Madrid: ENFO Ediciones para FUDEN.
- Sánchez-López, M. d. P., Cuellar-Flores, I., & Dresch, V. (2012). The impact of gender roles on health. *Women & Health*, 52(2), 182-196.
- Sánchez-Ojeda, M. A., y De Luna-Bertos, E. (2015). Hábitos de vida saludable en la población universitaria. *Nutrición Hospitalaria*, 31(5), 1910-1919.
- Saris, W. H. M., Blair, S. N., Van Baak, M. A., Eaton, S. B., Davies, P. S. W., Di Pietro, L., ... & Tremblay, A. (2003). How much physical activity is enough to prevent unhealthy weight gain? Outcome of the IASO 1st Stock Conference and consensus statement. *Obesity reviews*, 4(2), 101-114
- Schorling, J. B., Gutgesell, M., Klas, P., Smith, D., & Keller, A. (1994). Tobacco, alcohol and other drug use among college students. *Journal of Substance Abuse*, 6(1), 105-115.
- SEEDO. Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad. Retrieved from <http://www.seedo.es>

BIBLIOGRAFÍA

- SEEDO - IMC. Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad. Cálculo del Índice de la Masa Corporal. Retrieved from <http://www.seedo.es/index.php/imc>
- SemFYC. (2007). Sociedad Española de Medicina Comunitaria y Familiar (SemFYC). *Estudio sobre promoción del ejercicio físico*. Retrieved from http://www.mujerydeporte.org/documentos/docs/Estudio%20sobre_2007.pdf
- SENC, 2015. Sociedad Española de Nutrición Comunitaria (SENC). Pirámide de la alimentación saludable SENC 2015. Retrieved from <http://www.nutricioncomunitaria.org/es/noticia/piramide-de-la-alimentacion-saludable-senc-2015>
- SERGAS. (2008). Consumo de drogas en Galicia, año 2008. Servizo galego de saúde. xunta de galicia. equipo de investigación sociológica. madrid, marzo de 2009 . Retrieved from https://www.sergas.es/cas/DocumentacionTecnica/docs/Drogodependencias/Consumo_drogas_Galicia_Voll.pdf
- SERGAS. (2017). Proposta para un almuerzo saudable. xente con vida. consellería de sanidade. xunta de galicia. Retrieved from <http://xenteconvida.sergas.es/Paginas/Articulo/cat/3/art/23/proposta-para-un-almuerzo-saudable>
- Serra-Majem, L., Ribas, L., García, A., Pérez-Rodrigo, C., & Aranceta, J. (2003). Nutrient adequacy and mediterranean diet in spanish school children and adolescents. *European Journal of Clinical Nutrition*, 57, S35-S39.
- Serra-Majem, L., Ribas, L., Ngo, J., Ortega, R. M., García, A., Pérez-Rodrigo, C., & Aranceta, J. (2004). Food, youth and the mediterranean diet in spain. development of KIDMED, mediterranean diet quality index in children and adolescents. *Public Health Nutrition*, 7(7), 931-935.
- Serra Majem, L., y Aranceta Bartrina, J. (2006). *Nutrición y Salud pública. métodos, bases científicas y aplicaciones* (2ª ed.). Barcelona: Editorial Masson.

- SICRI. (2015). Sistema de Información sobre Conduitas de Risco. Servizo Galego de Saúde (SERGAS). Cosellería de Sanidade da Xunta de Galicia. Retrieved from <http://www.sergas.es/Saude-publica/SICRI-O-SICRI-ano-a-ano>
- Sofi, F., Abbate, R., Gensini, G. F., & Casini, A. (2010). Accruing evidence on benefits of adherence to the mediterranean diet on health: An updated systematic review and meta-analysis. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 92(5), 1189-1196.
- Sofi, F., Cesari, F., Abbate, R., Gensini, G. F., & Casini, A. (2008). Adherence to mediterranean diet and health status: Meta-analysis. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 337, a1344.
- Solís-Urra, P. A. (2016). Comportamiento sedentario vs inactividad física en universitarios. *Universidad y Salud*, 18(3), 413-416.
- Spencer, E. A., Appleby, P. N., Davey, G. K., & Key, T. J. (2002). Validity of self-reported height and weight in 4808 EPIC–Oxford participants. *Public Health Nutrition*, 5(4), 561-565.
- Stephens, T. (1988). Physical activity and mental health in the united states and canada: Evidence from four population surveys. *Preventive Medicine*, 17(1), 35-47.
- Stepptoe, A., & Wardle, J. (2001). Health behaviour, risk awareness and emotional well-being in students from eastern europe and western europe. *Social Science & Medicine*, 53(12), 1621-1630.
- Stepptoe, A., Wardle, J., Cui, W., Baban, A., Glass, K., Tsuda, A., & Vinck, J. (2002). An international comparison of tobacco smoking, beliefs and risk awareness in university students from 23 countries. *Addiction*, 97(12), 1561-1571.
- Stewart-Brown, S. (2006). *What is the evidence on school health promotion in improving health or preventing disease and, specifically, what is the effectiveness of the health promoting schools approach?*. Copenhagen: WHO regional office for Europe.

BIBLIOGRAFÍA

- Strandberg, T. E., Strandberg, A. Y., Salomaa, V. V., Pitkälä, K., Tilvis, R. S., & Miettinen, T. A. (2007). Alcoholic beverage preference, 29-year mortality, and quality of life in men in old age. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 62(2), 213-218.
- Stranges, S., Notaro, J., Freudenheim, J. L., Calogero, R. M., Muti, P., Farinaro, E., . . . Trevisan, M. (2006). Alcohol drinking pattern and subjective health in a population-based study. *Addiction*, 101(9), 1265-1276.
- Swinburn, B., & Egger, G. (2002). Preventive strategies against weight gain and obesity. *Obesity Reviews*, 3(4), 289-301.
- Swinburn, B. A., Caterson, I., Seidell, J. C., & James, W. P. T. (2004). Diet, nutrition and the prevention of excess weight gain and obesity. *Public health nutrition*, 7(1a), 123-146.
- Telama, R., Yang, X., Viikari, J., Välimäki, I., Wanne, O., & Raitakari, O. (2005). Physical activity from childhood to adulthood: A 21-year tracking study. *American Journal of Preventive Medicine*, 28(3), 267-273.
- Terris, M. (1987). *La revolución epidemiológica y la medicina social* (3ª ed.) Ciudad México: Siglo XXI.
- Testa, M. A., & Simonson, D. C. (1996). Assessment of quality-of-life outcomes. *New England journal of medicine*, 334(13), 835-840.
- Thakur, V., Reisin, E., & Richards, R. (2001). Obesity, hypertension, and the heart. *The American Journal of the Medical Sciences*, 321(4), 242-248.
- Toloza, S. M., y Gómez-Conesa, A. (2007). El cuestionario internacional de actividad física. un instrumento adecuado en el seguimiento de la actividad física poblacional. *Revista Iberoamericana De Fisioterapia y Kinesiología*, 10(1), 48-52.
- Torrado Fonseca, M. (2004). *Estudios de encuesta. metodología de la investigación educativa*. Barcelona: La Muralla. Retrieved from

- http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/19822/1/Estudio_de_encuesta_Capitulo.pdf
- Travé, D. (2002). El desayuno de los alumnos de educación secundaria obligatoria (ESO). *Nutricion Hospitalaria*, 17(4), 189-196.
- Travé, T. D., y Gandarias, A. C. (2011). Adherencia a la dieta mediterránea en la población universitaria. *Nutr Hosp*, 26(3), 602-608.
- Tremblay MS, Colley RC, Saunders TJ, Healy GN, Owen N. Physiological and health implications of a sedentary lifestyle. *Appl Physiol Nutr Metab* 2010; 35 (6): 725-40.
- Trichopoulou, A., & Vasilopoulou, E. (2000). Mediterranean diet and longevity. *British Journal of Nutrition*, 84(S2), S205-S209.
- Trolle-Lagerros, Y., Mucci, L. A., Kumle, M., Braaten, T., Weiderpass, E., Hsieh, C., . . . Lund, E. (2005). Physical activity as a determinant of mortality in women. *Epidemiology*, 16(6), 780-785.
- Tsouros, A., Dowding, G., Thompson, J., Dooris, M., & World Health Organization. (1998). Health promoting universities: Concept, experience and framework for action. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen.
- Tuesca Molina, R. (2005). La calidad de vida, su importancia y cómo medirla. *Salud Uninorte*, (21).
- UE. (2008). Directrices de actividad física de la Unión Europea. *Actuaciones recomendadas para apoyar la actividad física que promueve la salud*. Biarritz de 27-28 de noviembre de 2008. Retrieved from <http://www.planamasd.es/sites/default/files/recursos/directrices-actividad-fisica-ue-web.pdf>
- UN. (2011). *Declaración sobre la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles*.

BIBLIOGRAFÍA

- (DocA/66/L.1) United Nations, 2011. Retrieved from http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/66/L.1&referer=http://www.un.org/en/ga/ncdmeeting2011/&Lang=S
- Unit, H. E. (1986). Life-styles and health. *Social Science & Medicine*, 22(2), 117-124.
- UPNA. (2006). *Plan de universidad saludable. Estudio sobre salud, bienestar y calidad de vida de la comunidad universitaria*. Universidad pública de Navarra. Gobierno de Navarra. Retrieved from http://www.navarra.es/NR/rdonlyres/194FEF69-64AC-476A-80AD-941605B2FA03/267203/Estudio_Salud_Bienestar_y_Calidad_de_Vida_en_la_Co.pdf
- Uribe Vélez, Y., Dosman González, V., Triviño Quintero, L., Agredo Zúñiga, R., Jerez Valderrama, A., y Ramírez-Vélez, R. (2010). Relación entre la capacidad física y la calidad de vida en trabajadores de una institución universitaria. *Revista Andaluza de Medicina del Deporte*, 3(2).
- Urzúa, A. (2010). Calidad de vida relacionada con la salud: Elementos conceptuales. *Revista médica de Chile*, 138(3), 358-365. Retrieved from <http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v138n3/art17.pdf>
- Urzúa, A., y Caqueo-Urizar, A. (2012). Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. *Terapia Psicológica*, 30(1), 61-71.
- USPSTF. (2012). *Guide to clinical preventive services, 2012: Recommendations of the U.S. Preventive Services Task Force*. Agency for healthcare research and quality, Rockville, MD. Retrieved from <http://www.ahrq.gov/professionals/clinicians-providers/guidelines-recommendations/guide/index.html>
- Vaez, M., & Laflamme, L. (2003). Health behaviors, self-rated health, and quality of life: A study among first-year swedish university students. *Journal of American College Health*, 51(4), 156-162.

- Valencia-Martín, J. L., Galán, I., & Rodríguez-Artalejo, F. (2009). Alcohol and Self-Rated health in a mediterranean country: The role of average volume, drinking pattern, and alcohol dependence. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 33(2), 240-246.
- Van Der Horst, K., Oenema, A., Ferreira, I., Wendel-Vos, W., Giskes, K., van Lenthe, F., & Brug, J. (2006). A systematic review of environmental correlates of obesity-related dietary behaviors in youth. *Health education research*, 22(2), 203-226.
- Vera-Villarroel, P., Pávez, P., y Silva, J. (2012). El rol predisponente del optimismo: Hacia un modelo etiológico del bienestar. *Terapia Psicológica*, 30(2), 77-84.
- Vignolo, J., Vacarezza, M., Álvarez, C., y Sosa, A. (2011). Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. *Archivos de Medicina Interna*, 33(1), 7-11.
- Vilagut, G., Valderas, J. M., Ferrer, M., Garin, O., López-García, E., y Alonso, J. (2008). Interpretación de los cuestionarios de salud SF-36 y SF-12 en España: Componentes físico y mental. *Medicina Clínica*, 130(19), 726-735.
- Villalón Mir, M., Cutillas, L., Martínez-Martínez, F., López García de la Serrana, Herminia, Oliveras-López, M., & Samaniego-Sánchez, C. (2012). La oficina de farmacia: Una herramienta para conocer el grado de adherencia a la dieta mediterránea de la población. *ars pharm.* 2012; 53(3): 19-25.
- Villar, E., Caparrós, B., Viñas, F., Juan, J., Pérez, I., y Cornellà, I. (2001). *L'adaptació a la universitat. factors psicològics i socials*. Girona: Servei de publicacions de la universitat de Girona.
- Warburton, D. E., Nicol, C. W., & Bredin, S. S. (2006). Health benefits of physical activity: The evidence. *CMAJ : Canadian Medical Association Journal = Journal de l'Association Médicale Canadienne*, 174(6), 801-809.

BIBLIOGRAFÍA

- Ware Jr, J., Snow, K., Kosinski, M., & Gandek, B. (1993). SF-36 health survey manual and interpretation guide. Boston: The health institute, New England medical center Hospitals, Inc.
- Ware, J., Kosinski, M., Turner-Bowker, D., & Gandek, B. (2005). QualityMetric incorporated, & New England medical center hospital. *Health Assessment Lab.how to Score Version, 2*.
- Ware, J. E. (2002). *The SF-12v2TM how to score version 2 of the SF-12® health survey:(with a supplement documenting version 1)* Quality Metric.
- Weinberg, RS, Gould, D (1996). *Fundamentos de psicología del deporte y el ejercicio físico*. Barcelona: Editorial Ariel, S.A.
- Wen, C. P., Wai, J. P. M., Tsai, M. K., Yang, Y. C., Cheng, T. Y. D., Lee, M., . . . Wu, X. (2011). Minimum amount of physical activity for reduced mortality and extended life expectancy: A prospective cohort study. *The Lancet*, 378(9798), 1244-1253.
- WHO. (2002). *The world health report 2002: Reducing risks, promoting healthy life*. Geneva: World health organization. Retrieved from http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_WHR_02.1.pdf
- WHO. (2004). World health assembly adopts global strategy on diet, physical activity and health. world health organization. *WHO world health assembly adopts global strategy on diet, physical activity and health*.
- WHO. (2006). Promoting physical activity for health—a framework for action in the WHO european region.world health organization. *Steps Towards a More Physically Active Europe. Istambul: WHO Ministerial Conference on Counteracting Obesity. Diet and Physical Activity for Health*, 15-17.
- WHO (2009). Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks. Geneva: World Health Organization; 2009; 11.

- WHO. (2010). Recommendations on physical activity for health. Geneva: World health organization. Retrieved from http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44441/1/9789243599977_spa.pdf
- WHO. (2013) *Vienna declaration on nutrition and noncommunicable diseases in the context of health 2020*. Geneva: World health organization.. Retrieved from http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/193253/CONSENSUS-Vienna-Declaration-5-July-2013.pdf
- WHOQOL Group. (1995). The world health organization quality of life assessment (WHOQOL): Position paper from the world health organization. *Social Science & Medicine*, 41(10), 1403-1409.
- WHOQOL Group (1996). Evaluación de la calidad de vida, 1994. ¿Por qué calidad de vida? Geneva: World health organization. Retrieved from http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/55264/1/WHF_1996_17_n4_p385-387_spa.pdf
- Yancy, W. S., Olsen, M. K., Westman, E. C., Bosworth, H. B., & Edelman, D. (2002). Relationship between obesity and Health-Related quality of life in men. *Obesity*, 10(10), 1057-1064.
- Zurro, M., y Perez, C. (2010). *Compendio de atención primaria de salud. Conceptos, Organización y Práctica clínica* (3ª ed.) Barcelona: Elsevier.

ANEXOS

Anexo 1. Carta de presentación dos vicerreitores á Comunidade Universitaria.

Prezados membros da comunidade universitaria,

Achégovos esta “Enquisa de calidade de vida relacionada coa saúde” para obter datos sobre o estado percibido de saúde, o grado de actividade física e hábitos saudables na nosa comunidade universitaria.

Este estudo está deseñado coa finalidade de saber cómo determinados patróns de comportamento poden afectar a calidade de vida das persoas, dado que a Actividade Física e os hábitos teñen unha clara asociación coa saúde.

A enquisa contén preguntas de resposta curta, tárdase en contestar aproximadamente 5 minutos, é anónima e a información que se obteña será confidencial. Cos resultados obtidos poderanse planificar actuacións sobre a comunidade universitaria dinamizando políticas de educación para a saúde, campañas de prevención, etc...

Por todo isto, pídlle a súa colaboración participando de forma voluntaria para contribuír a que as persoas que conforman a nosa comunidade poidan ter un estilo de vida máis saudable.

Moitas grazas.

Anexo 2. Cuestionario Universidades Galegas.

CUESTIONARIO - UNIVERSIDADES GALEGAS

CALIDADE DE VIDA RELACIONADA COA ACTIVIDADE FÍSICA E OUTROS

HÁBITOS NA COMUNIDADE UNIVERSITARIA DE GALICIA

Este é unha enquisa deseñada para obter datos sobre o estado de saúde, actividade física e hábitos (alimentación, tabaco e alcohol) da comunidade universitaria de Galicia.

OBXECTIVOS:

- Coñecer a **CVRAF** (Calidad de Vida relacionada coa Actividade Física)
- Identificar os hábitos de alimentación, tabaco e alcohol.
- Saber o nivel de actividade física...
- Percepción da saúde.
- Ter coñecemento das taxas de sedentarismo.
- Relación de Actividade Física / Saúde, Actividade Física e Muller ...
- Clasificación da comunidade segundo o IMC.
- Nivel de Actividade Física nos 3 grupos, por separado e no seu conxunto.
- Analizar os resultados por Campus Universitarios e por xénero, etc ...

FINALIDADE:

Este traballo ten como finalidade informar dos resultados ás autoridades das 3 Universidades galegas e ademais servirá como TESE DE DOUTORAMENTO.

COLABORACIÓN:

Para obter esta información se pide a colaboración **de forma voluntaria** a toda a comunidade universitaria (Estudantes, PDI e PAS) da UDC, USC e UVI.

CONSIDERACIÓNS :

A enquisa é **ANÓNIMA** e a información que se obteña será **CONFIDENCIAL** e só se usará para fins de investigación.

Esta enquisa está formada por **55 preguntas** de resposta curta que se tardará en contestar aproximadamente **5 minutos**.

Antes de contestar, ler cada pregunta detidamente e lembrar de que non hai respostas correctas nin incorrectas e se non estás seguro/a de cómo contestar unha pregunta, responde o mellor que poidas.

DATOS DEMOGRÁFICOS

1. **Universidade:** UDC USC UVigo
2. **Campus:** (7 Campus).
3. **Grupo ao que pertence na universidade:** Estudante, PAS ou PDI.
4. **Sexo:**
5. **Idade:**
6. **Altura** (en centímetros):
7. **Peso Corporal** (en Kgs.):

ACTIVIDADE FÍSICA - IPAQ

Estamos interesados en saber sobre a clase de actividade física como parte da súa vida diaria e as preguntas referiránse aos **últimos 7 días**.

Responde cada pregunta aínda se non te consideres unha persoa activa e pensa nas actividades que fas como parte do teu traballo, no xardín, na casa, para ir dun sitio a outro, no teu tempo libre, de lecer, exercicio ou deporte.

ACTIVIDADES VIGOROSAS

Son actividades que requiren un esforzo físico forte e fan respirar moito máis forte do normal.

Pensa *soamente* nesas actividades que fixeches polo menos 10 minutos continuos.

1. Durante os **últimos 7 días**, ¿Cantos días realizaches actividades físicas **vigorosas** como levantar obxectos pesados, excavar, aeróbicos, ou pedalear rápido na bicicleta?

___ **días por semana**

☐

Ningunha actividade física vigorosa



Pase á pregunta AF3

2. ¿Canto tempo en total te levou realizar actividades físicas **vigorosas** en 1 deses días que as realizaches?

___ **horas por día**

___ **minutos por día**

☐

Non sabe/Non está seguro(a)

ACTIVIDADES MODERADAS

Son actividades que requiren un esforzo físico moderado e fai respirar algo máis forte do normal.

Pensa *soamente* nesas actividades que fixeches polo menos 10 minutos continuos.

3. Durante os **últimos 7 días**, ¿Cantos días fixeches actividades físicas **moderadas** como cargar obxectos lixeiros, pedalear na bicicleta a paso regular, ou xogar dobres de tenis? Non incluír camiñadas.

___ **días por semana**

☐

Ningunha actividade física moderada



Pase á pregunta AF5

4. Normalmente, ¿Canto tempo lle dedica un día que fai actividades físicas **moderadas**?

___ **horas por día**

___ **minutos por día**

☐ Non sabe/Non está seguro(a)

Pensa no tempo que dedicaches a **CAMIÑAR** nos **últimos 7 días**.

Isto inclúe no traballo, na casa, camiñadas para ir de un sitio a outro, ou calquera outra camiñada que fixo únicamente por lecer, deporte, exercicio, ou pracer.

5. Durante os **últimos 7 días**, ¿Cantos días camiñou polo menos 10 minutos continuos?

___ **días por semana**

☐ Non camiñou → *Pase á pregunta AF 7*

6. Normalmente, ¿Canto tempo empregou nun deses días **camiñando**?

___ **horas por día**

___ **minutos por día**

☐ Non sabe/Non está seguro(a)

Tempo que permaneceu **SENTADO(A)** na semana nos **últimos 7 días**.

Incluir o tempo sentado(a) no traballo, na casa, estudando, e no seu tempo libre, tamén podes incluír tempo sentado(a) nun escritorio, visitando amigos(as), lendo ou vendo a televisión sentado ou deitado.

7. Durante los **últimos 7 días**, ¿Cuánto tiempo permaneció **sentado(a)** en un **día en la semana**?

___ **horas por día**

___ **minutos por día**

☐ Non sabe/Non está seguro(a)

CUESTIONARIO “SF-12” SOBRE O ESTADO DA SAÚDE

INSTRUCCIÓN:

As preguntas que seguen refírense ao que vostede pensa sobre a súa saúde. As respostas permitirán saber como se topa e ata qué punto é quen de facer as súas actividades habituais.

Conteste cada pregunta marcando una *casilla*.

Se non está seguro/a de cómo responder unha pregunta, conteste o que lle pareza máis certo.

8. En xeral, vostede diría que a súa saúde é:

1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Excelente	Moi boa	Boa	Regular	Mala

As seguintes preguntas refírense a actividades ou cousas que podería facer nun día normal.

A súa saúde actual, ¿Límitalle para facer esas actividades ou cousas? Si é así, ¿canto?

	1 Sí, Límitame moito	2 Sí, Límitame un pouco	3 Non, non me limita nada
9. Esforzos moderados , como mover unha mesa, pasar a aspiradora, xogar aos bolos ou camiñar máis de 1 hora.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Subir varios pisos pola escaleira	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Durante as 4 últimas semanas, ¿Tivo algún dos seguintes problemas no seu traballo ou nas súas actividades habituais, a causa da súa **saúde física**?

	1 SÍ	2 NO
11. ¿ Fixo menos do que houbera querido facer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. ¿Tivo que deixar de facer algunhas tarefas no seu traballo ou nas súas actividades de cotío (diarias)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿Tivo algún dos seguintes problemas no su traballo ou nas súas actividades habituais, a causa de algún **problema emocional** (como estar triste, deprimido, ou nervioso)?

- | | 1
SÍ | 2
NO |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 13. ¿Fizo menos do que houbera querido facer, por algún problema emocional? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. ¿Non fixo o seu traballo ou as súas actividades de cotío tan cuidadosamente como de costume, por algún problema emocional? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
15. Durante **as 4 últimas semanas**, ¿Ata qué punto a dor dificultóulle o seu traballo habitual (incluído o traballo fóra de casa e as tarefas domésticas)?
- | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Nada | Un pouco | Regular | Bastante | Moito |

As preguntas que seguen refírense a cómo se sentíu e cómo lle foron as cousas durante **as 4 últimas semanas**. En cada pregunta responda o que se lle pareza máis a cómo se sentíu vostede. Durante **as 4 últimas semanas** ¿Canto tempo...

- | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|-----------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | Sempre | Case sempre | Moitas veces | Algunhas veces | Só algunha vez | Nunca |
| 16. sentíuse calmo e tranquilo? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. tivo moita enerxía? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. sentíuse desanimado e triste? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

19. Durante **as 4 últimas semanas**, ¿con qué frecuencia a saúde física ou os problemas emocionais dificultáronlle as súas actividades sociais (como visitar aos amigos ou familiares)?

- | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sempre | Case sempre | Algunhas veces | Só algunha vez | Nunca |

ALIMENTACIÓN - Cuestionario KIDMED

Adherencia á DIETA MEDITERRÁNEA

20. Toma unha peza de froita ou un zume natural todos os días	Si Non
21. Toma una 2ª peza de froita todos os días.	Si Non
22. Toma verduras frescas (ensaladas) ou cociñadas regularmente unha vez ao día.	Si Non
23. Toma verduras frescas ou cociñadas de forma regular máis dunha vez ao día.	Si Non
24. Consume peixe con regularidade (polo menos 2-3 veces á semana).	Si Non
25. Vai unha vez ou máis á semana a un centro de comida rápida (<i>fast food</i>) tipo hamburguesería.	Si Non
26. Gústalle as legumes e as toma máis de 1 vez á semana.	Si Non
27. Toma pasta ou arroz case a diario (5 días ou máis á semana).	Si Non
28. Almorza un cereal ou derivado (pan, etc)	Si Non
29. Toma froitos secos con regularidade (ao menos 2-3 veces á semana)	Si Non
30. Na casa utiliza aceite de oliva.	Si Non
31. Non almorza.	Si Non
32. Almorza un lácteo (iogur, leite, etc).	Si Non
33. Almorza <i>bollería industrial</i> , galletas ou pasteis.	Si Non
34. Toma 2 iogures e/ou 40 gr. queixo cada día.	Si Non
35. Toma lambetadas e/ou caramelos varias veces ao día	Si Non

CONSUMO DE TABACO

Responda o mellor que poida e lembre que non hai respostas correctas ou incorrectas. Conteste as seguintes cuestións, facendo referencia a **TODA A SÚA VIDA**.

36. ¿Fumou algunha vez?

1. Non, non fumei nunca
2. Sí, fumei só en algunha ocasión
3. Sí, actualmente fumo
4. Sí, pero xa non fumo

37. ¿Qué idade tiña cando comezou a fumar? _____ anos

38. ¿Qué idade tiña cando deixou de fumar? _____ anos

39. En promedio, ¿cántos *cigarrillos* fuma ou fumaba? _____ por Día

CONSUMO DE ALCOHOL

Responda o mellor que poida e lembre que non hai respostas correctas ou incorrectas.
Conteste as seguintes cuestións, facendo referencia a **TODA A SÚA VIDA**.

40. ¿Con qué frecuencia bebe algún tipo de bebida alcohólica?

1. Non bebín nin bebo ningún tipo de bebida alcohólica
2. Sí, pero de forma ocasional, en celebracións e festas
3. Bebía de forma habitual no pasado, e deixéino hai _____ meses/anos
4. Bebo habitualmente os fins de semana
5. Bebo habitualmente todos os días
6. Bebo habitualmente todos os días e máis os fins de semana

¿Cántas consumicións de bebidas alcohólicas adoita realizar un día de consumo normal?

41. Caña, botellín de cervexa _____ (nº de cervexas /día)

42. Vasos de viño _____ (nº de vasos/día)

43. Copas licor, augardente _____ (nº de copas/día)

¿Cántas consumicións de bebidas alcohólicas adoita realizar un día de fin de semana?

44. Caña, botellín de cervexa _____ (nº de cervexas /día)

45. Vasos de viño _____ (nº de vasos /día)

46. Copas licor, augardente _____ (nº de copas /día)

47. ¿Qué idade tiña cando comezou a beber bebidas alcohólicas? _____ anos

48. ¿Qué idade tiña cando deixou de beber bebidas alcohólicas? _____ anos

MOITAS GRAZAS POLO SEU TEMPO

Anexo 3. Relatório a raiz da presente tese. Vila Real (Portugal), 3 de fevereiro de 2016.



Anexo 4. Relatorio a raiz da presente tese. Pontevedra, 3 de xuño de 2016.

12º Congreso Internacional de Ciencias del Deporte y la Salud
 Medicina, Enfermería, Fisioterapia, Psicología, Nutrición, Educación Física y Deporte
 2-4 de junio 2016, Pontevedra, España.

ALEXANDRE CADARSO SUÁREZ

Ha presentado la comunicación con título:

La actividad física relacionada con la salud en los estudiantes universitarios de Galicia

Dentro del programa del 12 º Congreso Internacional de Ciencias del Deporte y la Salud. Medicina, Enfermería, Fisioterapia, Psicología, Nutrición, Educación Física y Deporte, organizado por el Vicerrectorado del Campus de Pontevedra de la Universidad de Vigo, el Concello de Pontevedra, el Departamento de Didácticas Específicas de la Universidad de A Coruña y Sportis. Formación Deportiva, en colaboración con distintas entidades. Celebrado los días 2, 3 y 4 de junio de 2016 en el Palacio de Congresos de Pontevedra con una carga lectiva de 22 horas. Todos los trabajos de investigación presentados en el evento han sido publicados en un Cd de Actas editado por Sportis. Formación Deportiva con ISBN nº 978-84-943477-3-3.

Pontevedra, 4 de junio de 2016

Vicerrectoría do Campus de Pontevedra
 Universidade de Vigo
 Excm. Sr. Vicerrector del Campus de Pontevedra
 Universidade de Vigo
 Prof. Dr. Juan Manuel Corbacho Valenciano

Departamento de Didácticas Específicas
 UNIVERSIDADE DA CORUÑA
 Director General del Comité Organizador
 Prof. Dr. Víctor Arufe Girásides

Anexo 5. Artigo publicado.



Artículo Original

Nutr. clín. diet. hosp. 2017; 37(2):42-49
DOI: 10.12873/372cadarso

Calidad de vida relacionada con la salud y su relación con la adherencia a la dieta mediterránea y la actividad física en universitarios de Galicia

Health related to quality of life and their relationship with adherence to the mediterranean diet and physical activity at the university in Galicia

Cadarso Suárez, Alexandre¹; Dopico Calvo, Xurxo²; Iglesias-Soler, Eliseo²; Cadarso Suárez, Carmen María³; Gude Sampedro, Francisco⁴

1 Universidade da Coruña. Facultade de Ciencias do Deporte e a Educación Física.

2 Universidade da Coruña. Performance and Health Group (PHG). Departamento de Educación Física e Deportiva. Facultade de Ciencias do Deporte e a Educación Física.

3 Departamento de Análisis Matemático, Estadística y Optimización. Universidade de Santiago de Compostela.

4 Unidad de Epidemiología Clínica, Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela.

Recibido: 31/octubre/2016. Aceptado: 7/enero/2017.

RESUMEN

Introducción y Objetivos: Teniendo en cuenta todos los aspectos beneficiosos que reporta la actividad física y una dieta saludable, el principal objetivo de este estudio fue identificar el grado de adherencia a la dieta mediterránea y actividad física, así como su influencia sobre la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en los estudiantes de la comunidad universitaria de Galicia, con el fin de establecer propuestas que tiendan a mejorar sus hábitos.

Métodos: El tamaño total de la muestra fue de 439 universitarios (62% mujeres y 38% hombres) y los resultados fueron extraídos gracias a la aplicación de los cuestionarios IPAQ, Test Kidmed y SF12, para medir la actividad física, el grado de adherencia a la dieta mediterránea y la salud física y mental, respectivamente. Todos los universitarios participaron voluntariamente, cumpliéndose los criterios de la Declaración de Helsinki.

Resultados y Discusión: La mayor parte de la población participante presenta normopeso existiendo un porcentaje

significativamente mayor de hombres que de mujeres con sobrepeso y obesidad. Se registró una actividad física baja en el 17 % de las mujeres y el 11 % de los hombres. En cuanto a la adherencia a la dieta mediterránea, se observan mejores puntuaciones en las mujeres. Los hombres que presentan una mayor adherencia a la dieta mediterránea y desarrollan un mayor grado de actividad física muestran puntuaciones más elevadas en la CVRS en su componente sumario mental y no así las mujeres. Esta asociación entre CVRS con actividad física y adherencia a la dieta mediterránea no se observa en el componente sumario físico ni en hombres ni en mujeres.

Conclusión: Se concluye acerca de la necesidad de modificar los hábitos hacia patrones más saludables en la dieta y plantear un modelo de fomento de la actividad física en el contexto educativo universitario.

PALABRAS CLAVE

Calidad de Vida Relacionada con la Salud, Dieta Mediterránea, Actividad Física, Obesidad.

ABSTRACT

Introduction and Objectives: Given all the beneficial aspects reported by the physical activity and a healthy diet, the aim of this study was to identify the degree of adherence to the mediterranean diet and to physical activity, and determine

Correspondencia:
Alexandre Cadarso Suárez
alexandre.cadarso@udc.gal

dades de Galicia, al cual pertenecen la Universidade da Coruña (UDC), Universidade de Santiago de Compostela (USC) y Universidade de Vigo (UVigo). Tras estratificar por universidad se obtuvo una muestra aleatoria con una tasa de participación aproximada del 25% en la USC, mientras que en la UDC y la UVigo la selección fue por cuotas hasta obtener un tamaño muestral de aproximadamente 150 estudiantes de cada universidad. Con este tamaño muestral, se consigue un margen de error inferior al 5% en la estimación de una proporción (p) incluso en el caso de mayor varianza poblacional ($p = 0,5$) con un nivel de confianza del 95%.

El estudio se llevó a cabo cumpliéndose los criterios y principios éticos que constan en la Declaración de Helsinki¹⁰. Todos los universitarios participaron voluntariamente y cumplieron un cuestionario "on-line", durante el mes de Abril de 2015, en el que se les preguntó por su edad, sexo, altura y peso. Además se cumplieron los siguientes cuestionarios: KidMed¹¹, SF-12¹² e IPAQ¹³.

Para determinar el grado de ADM, se ha utilizado el test Kidmed, el cual permite identificar hábitos alimentarios poco saludables y por tanto, con riesgo de deficiencias y/o desequilibrios nutricionales⁵. Este índice fue contrastado en varias poblaciones infantiles, adolescentes y juveniles tanto españolas¹⁴ como europeas¹⁵, y ha sido empleado previamente con población universitaria^{16,17,18} y adulta^{19,20}, por lo que se trata de un instrumento que permite la comparación entre estudios respecto a la ADM. Consta de 16 preguntas, unas con connotaciones positivas con respecto a la ADM y a las que se le asigna el valor +1, y otras con connotación negativa a las que se le asigna el valor -1. A partir de la suma de los valores obtenidos se determina la ADM, estableciéndose tres niveles de adhesión: baja (puntuación total ≤ 3), media (4 - 7) y óptima (≥ 8)¹¹.

Para determinar el grado de AF, se ha utilizado el Cuestionario Internacional de Actividad Física (IPAQ) en su versión corta que se compone de siete preguntas que permiten clasificar a la población en 3 niveles de actividad, de acuerdo a determinados criterios de intensidad y tiempo de actividad física: Baja, Moderada y Alta¹³.

Este test ha sido validado en poblaciones de los cinco continentes en personas entre 15 y 69 años.

Para determinar la CVRS se ha utilizado la versión española del SF12, que es uno de los instrumentos más empleados para la medición de la salud de la población en general²¹. Se trata de un instrumento genérico, aplicable tanto en población general como en pacientes con diferentes enfermedades. Tiene como principal ventaja su brevedad ya que puede ser respondido en 1 ó 2 minutos. Consta solamente de 12 ítems que permiten calcular dos puntuaciones: el componente sumario físico (CSF) y el componente sumario mental (CSM), medidas resumen del estado de salud²².

Para determinar el grado de obesidad se ha utilizado el índice de masa corporal (IMC) que se calcula mediante la fórmula: $IMC = \text{Peso (Kg)} / \text{Talla(m)}^2$. Este índice valora el estado nutricional en adultos, y para su clasificación se ha seguido los criterios establecidos por la Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad (SEEDO)²³: Bajo peso ($<18,5 \text{ Kg/m}^2$), Normopeso ($18,5-24,9 \text{ Kg/m}^2$), Sobrepeso ($25-29,9 \text{ Kg/m}^2$) y Obesidad ($>30 \text{ Kg/m}^2$).

Análisis estadístico

Los resultados se expresan en medias y desviación estándar (DE) en caso de variables cuantitativas y en frecuencias absolutas (porcentajes) para variables cualitativas. Para verificar asociación entre variables cualitativas se ha utilizado la prueba Chi-cuadrado para tablas de contingencia RxS y el test exacto de Fisher para tablas 2x2.

Para la comparación de variables cuantitativas entre grupos independientes se ha utilizado el test ANOVA de una vía en caso de normalidad o el test no paramétrico de Kruskal-Wallis en caso de que no la haya.

En todas las pruebas realizadas son bilaterales y se ha considerado un nivel de significación del 0,05. Para realizar los análisis estadísticos se ha usado el paquete estadístico SPSS (IBM) para Windows versión 20.0.

RESULTADOS

Finalmente, la muestra quedó constituida por 439 sujetos, en la que se constata una mayor presencia de mujeres (62,2%) que de hombres (37,8%). En el estudio global de las variables sociodemográficas por sexo, observamos que los valores obtenidos para las medidas antropométricas (Tabla 1) presentaron una edad, peso, altura e IMC significativamente mayor en los hombres que en las mujeres.

En cuanto al IMC, a pesar de que la mayoría de los individuos de la muestra son Normopeso, se constató que hay un cierto porcentaje de universitarios con Sobrepeso y Obesidad, sobre todo en los hombres frente a las mujeres (24,7% - 14,2% y 6,0% - 3,3%, respectivamente) y que el bajo peso es mayor en las mujeres con un 7,0% frente a un 2,4% de los hombres.

Los resultados de los niveles de actividad física de la muestra (Tabla 1) arrojan una actividad física alta, mayor en los hombres (56,1%) que en las mujeres (41,4%) y en actividad física moderada y baja las mujeres tienen puntuaciones más altas que los hombres, alcanzando las diferencias significación estadística ($p=0,010$).

Con respecto a la clasificación de ADM (Tabla 1) existe una asociación significativa entre la ADM y sexo ($p=0,023$), obteniendo las mujeres una mayor adherencia.

Tabla 1. Distribución de las variables sociodemográficas, índice de masa corporal, grado de actividad física, grado de adherencia a la dieta mediterránea y componentes sumario de salud física y mental del SF12.

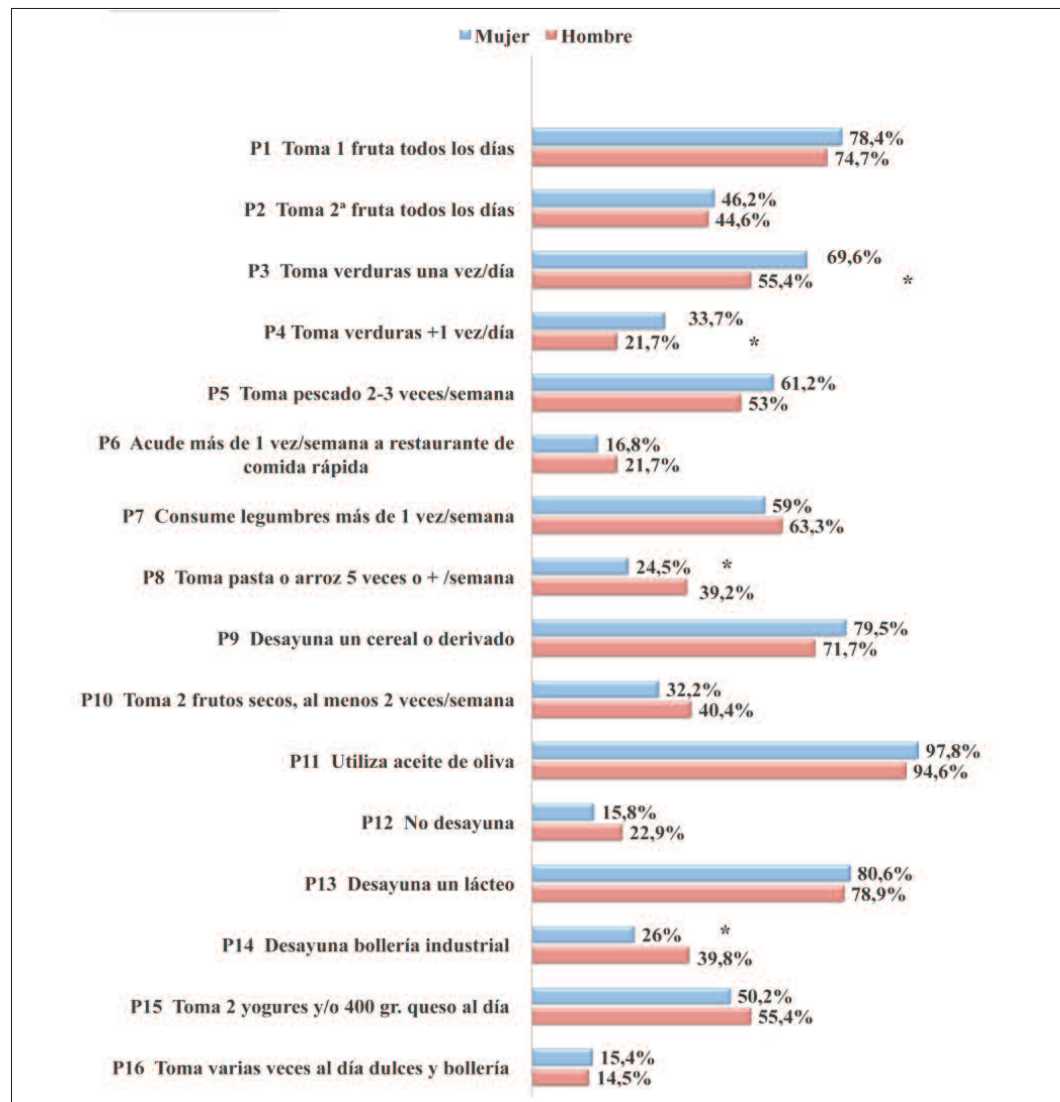
		HOMBRES n = 166 (37,8%)		MUJERES n = 273 (62,2%)		P-valor
		media	DE	media	DE	
EDAD (años)		24,6	6,7	23,7	5,3	P=0,170
PESO (Kgs.)		75,3	11,5	60,9	10,1	P<0,001
ALTURA (cm.)		177,4	7,6	164,5	5,9	P<0,001
		n	%	n	%	
IMC (Grado de Obesidad)	Bajo Peso	4	2,4	19	7,0	P<0,001
	Normopeso	111	66,9	206	75,5	
	Sobrepeso	41	24,7	39	14,2	
	Obesidad	10	6,0	9	3,3	
		n	%	n	%	
ACTIVIDAD FÍSICA	Baja	19	11,4	47	17,2	P=0,010
	Moderada	54	32,5	113	41,4	
	Alta	93	56,1	113	41,4	
		n	%	n	%	
ADM	Baja	40	24,1	38	14,0	P=0,023
	Media	77	46,4	138	50,5	
	Óptima	49	29,5	97	35,5	
		media	DE	media	DE	
SF12	Componente Sumario de Salud Física	51,4	5,8	50,3	7,3	P=0,082
	Componente Sumario de Salud Mental	50,6	9,8	45,4	10,9	P<0,001

Al estudiar las respuestas emitidas por los participantes de ambos sexos a cada pregunta del test KidMed (Figura 1), mediante el test exacto bilateral de Fisher, únicamente se evidenciaron diferencias significativas entre ambos sexos en 4 respuestas de los 16 ítems (preguntas 3, 4, 8 y 14) de forma que el porcentaje de mujeres que toman verduras una vez/día es significativamente mayor que el de los hombres ($p=0,003$), el porcentaje de mujeres que toman verduras más de una vez/día es significativamente mayor al de los hombres ($p=0,009$), el porcentaje de hombres que toman pasta o arroz 5 veces o más/semana es significativamente mayor que el de las mujeres ($p=0,001$) y el porcentaje de hombres que

desayunan bollería industrial es significativamente mayor que el de las mujeres ($p=0,003$).

Hay que destacar que las preguntas 9 y 10 no evidenciaron diferencias significativas pero se detectó una tendencia a la significación, por lo tanto debemos de tener en cuenta que el porcentaje de mujeres que desayunan un cereal o derivados es mayor que el de los hombres ($p=0,064$) y que el porcentaje de hombres que toman 2 frutos secos, al menos 2 veces/día es mayor al de las mujeres ($p=0,099$).

Entre los aspectos positivos de la dieta, señalar que un porcentaje bastante alto declara el consumo diario de una ración

Figura 1. Respuestas del TEST KIDMED.

(*) Diferencias estadísticamente significativas ($p \leq 0,05$) en los ítems 3, 4, 8 y 14, entre hombres y mujeres.

de fruta y que en el desayuno toman un lácteo y un cereal o derivado. Destacar que prácticamente todos los participantes declararon la utilización del aceite de oliva para cocinar.

Por el contrario, se obtuvieron porcentajes a tener cuenta, para las preguntas con connotación negativa y que suponen un alejamiento de la ADM como son acudir semanalmente a

restaurantes de comida rápida (16,8% mujeres-21,7% hombres), no desayunar (15,8-22,9%), desayunar habitualmente bollería industrial (26-39,8%) y tomar varias veces al día dulces o golosinas (15,4-14,5%).

En cuanto a la percepción de salud, los resultados del SF-12 (Tabla 1), no se han encontrado diferencias significati-

vas en el Componente Sumario Físico (CSF) entre hombres y mujeres ($p=0,082$) y en el Componente Sumario Mental (CSM), hay diferencias significativas con valores más altos en los hombres ($p < 0,001$).

En lo referente a la CVRS no se observan diferencias significativas entre las medias del CSF y las medias de los grupos marcados por la actividad física (baja, media y alta) tanto en hombres ($p=0,077$) como en mujeres ($p=0,085$). Sin embargo, en el CSM sí se observan diferencias significativas en los diferentes grupos de AF en hombres ($p=0,019$), específicamente entre los grupos de AF moderada y alta. Por otro

lado, no se observan diferencias por grupos en el caso de las mujeres ($p=0,778$). (Tabla 2).

En relación con la ADM, tampoco se observan diferencias significativas en las puntuaciones del CSF y CSM tanto en hombres como en mujeres. Sin embargo, la asociación entre el CSM y la ADM en los hombres casi alcanza la significación estadística ($p=0,054$). (Tabla 3).

DISCUSIÓN

El hallazgo más relevante en nuestro estudio realizado en una comunidad estudiantil universitaria, es que los hombres

Tabla 2. Componentes Sumario Físico y Mental del SF12 en relación con el nivel de Actividad Física y Sexo.

	ACTIVIDAD FÍSICA	HOMBRES $n = 166$ (37,8%)				MUJERES $n = 273$ (62,2%)			
		n	media	DE	P-valor	n	media	DE	P-valor
COMPONENTE SUMARIO DE SALUD FÍSICA	Baja	19	49,7	8,3	0,077	47	49,0	7,7	0,085
	Moderada	54	50,4	4,9		113	49,7	7,3	
	Alta	93	52,2	5,5		113	51,4	6,9	
	Total	166	51,4	5,7		273	50,3	7,3	
COMPONENTE SUMARIO DE SALUD MENTAL	Baja	19	50,4	10,3	0,019	47	45,7	11,5	0,778
	Moderada*	54	47,7	11,3		113	45,7	10,9	
	Alta*	93	52,3	8,2		113	44,8	10,5	
	Total	166	50,6	9,7		273	45,3	10,8	

* Prueba de Scheffé: se encuentran diferencias significativas entre los grupos de Actividad Física alta y moderada.

Tabla 3. Componentes Sumarios Físico y Mental del SF12 en relación con el grado de Adherencia a la Dieta Mediterránea y su distribución por Sexo.

	ACTIVIDAD FÍSICA	HOMBRES $n = 166$ (37,8%)				MUJERES $n = 273$ (62,2%)			
		n	media	DE	P-valor	n	media	DE	P-valor
COMPONENTE SUMARIO DE SALUD FÍSICA	Baja	40	50,0	6,5	0,149	38	48,7	7,2	0,114
	Media	77	51,4	5,4		138	49,9	7,4	
	Óptima	49	52,4	5,5		97	51,4	6,9	
	Total	166	51,4	5,7		273	50,3	7,3	
COMPONENTE SUMARIO DE SALUD MENTAL	Baja	40	47,6	10,9	0,054	38	46,6	11,1	0,712
	Media	77	50,8	9,3		138	45,2	11,0	
	Óptima	49	52,6	8,9		97	45,0	10,6	
	Total	166	50,6	9,7		273	45,3	10,8	

que presentan una mayor adherencia a la dieta mediterránea y desarrollan un mayor grado de actividad física tienden a mostrar puntuaciones más elevadas en la CVRS en su componente sumario mental y no así las mujeres. Esta asociación entre CVRS con AF y ADM no se observa con el componente sumario físico ni en hombres ni en mujeres.

Los resultados obtenidos en la CVRS son similares a la población española para la misma edad y sexo. También son similares las tasas de actividad física que se encuentra en otras poblaciones de estudiantes universitarios. Con respecto al sexo, se encontraron mayores niveles de actividad física en los hombres que en las mujeres, siendo similares al estudio realizado en estudiantes de la Universidad de Murcia²⁴, donde también se ha utilizado el cuestionario IPAQ. En investigaciones como la realizada por Rodríguez²⁰, se encontraron también que los hombres de una Universidad de Bogotá²⁵ desarrollaban una mayor actividad física que las mujeres.

Viendo estas diferencias entre hombres y mujeres, el género es un factor a tener en cuenta a la hora de programar las actividades físicas, recordando además que las mujeres representan a un 55 % de la población universitaria de Galicia.

Según el Boletín Epidemiológico de Galicia²⁶ la prevalencia de sedentarismo de la población gallega de más de 16 años es alta (en torno al 50%). Sabiendo que en la etapa universitaria existe un abandono de los hábitos saludables, la dieta y la AF deben ser considerados como puntos importantes en los que se deben basar el cambio de estilo de vida.

La mayor parte de la población participante es normopeso, 75% en las mujeres y un 67% en los hombres, siendo este porcentaje más bajo que el reportado en un estudio reciente para universitarios del Campus de Ourense (UVigo)¹⁷. La prevalencia de sobrepeso y obesidad fue un poco más alta que la hallada en el estudio de la Federación Española de Nutrición²⁷ sobre hábitos alimentarios y estilos de vida de los universitarios españoles, y también el estudio del Campus de Ourense, antes mencionado.

De los estudios anteriores también se vislumbra una tendencia creciente al sobrepeso y la obesidad.

En el análisis de la composición corporal de jóvenes universitarios españoles hecho por Cossio-Bolaños²⁸, concluye que los sujetos de ambos sexos presentan diferencias propias de los patrones de dimorfismo sexual humano, así como la tendencia de exceso de grasa corporal en ambos géneros.

En cuanto a la adhesión a la dieta mediterránea, se detectó un elevado porcentaje de baja ADM en hombres. Este porcentaje (24%) es superior al encontrado en el Campus de Ourense¹⁷ (12%) y muy superior al del estudio de una población del Campus de Pamplona¹⁶, Universidad de Navarra (9,5%). Por otra parte, la ADM es similar en mujeres en ambos estudios. Todo ello pone de manifiesto la necesidad de hacer propuestas para corregir los hábitos dietéticos. Las pro-

puestas que se recomiendan serían incrementar el consumo diario de la segunda ración de fruta, verduras y legumbres, aumentar el consumo semanal de pescado, arroz y pasta, consumir semanalmente frutos secos para incorporarlos a la dieta, pero con precaución debido al aporte energético que supone para los que tienen sobrepeso. En cuanto a los comportamientos de connotación negativa, se debe fomentar el hábito de un desayuno regular y saludable, sin contener bollería industrial, evitar los restaurantes de comida rápida y reducir el consumo diario de dulces y golosinas, relegándolos a un consumo ocasional.

Dado que los actuales programas académicos llevan implícita la asistencia obligatoria a clases, con unos programas de estudio muy densos que dejan poco tiempo libre a los estudiantes, sería importante la realización de nuevos estudios en los que se evalúe la efectividad de medidas encaminadas a promover el ejercicio regular y una dieta sana.

Este trabajo presenta algunas limitaciones. Quizás, la más importante se deba a que el muestreo se ha realizado de forma diferente en las universidades. Además, la tasa de participación ha sido baja en las tres universidades. Todo ello junto a que se trata de un estudio transversal mediante encuesta, puede ocasionar sesgos en nuestras estimaciones.

CONCLUSIÓN

En nuestro estudio sobre la comunidad estudiantil universitaria de Galicia hemos encontrado cifras preocupantes en relación con la adherencia de la dieta mediterránea y las tasas de actividad física. Además, estos hábitos se encuentran asociados a la calidad de vida relacionada con la salud en su componente mental en hombres.

AGRADECIMIENTOS

Este trabajo se ha realizado en el marco de la Rede Galega de Investigación INBIOEST, financiado por la Consellería de Educación e Ordenación Universitaria de la Xunta de Galicia. Referencia: R2014/009.

BIBLIOGRAFÍA

1. WHOQOL Group. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. Special issue "Quality of life". Soc Sci Med, 1995;10 (1): 403-9. Manual del usuario.
2. Fogelholm M, Kukkonen-Harjula K. Does physical activity prevent weight gain - a systematic review. Obes Rev, 2000; 1: 95-111.
3. Jürgens I. Práctica deportiva y percepción de calidad de vida. Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y el Deporte, 2006; 6(22):62-74.
4. Blair S, Hardman A. Physical activity, health and well-being an international scientific consensus conference. Research Quarterly for Exercise and Sport, 1995; 66 (4): 123-134.

5. Serra-Majem LI, Ribas L, García A, Pérez-Rodríguez C, Aranceta J. Nutrient adequacy and Mediterranean diet in Spanish school children and adolescents. *European Eur J Clin Nutr*, 2003; 57(1): S35-9.
6. Hu FB. The Mediterranean diet and mortality—olive oil and beyond. *New Engl J Med*, 2003; 348: 2595-96.
7. Sofi F, Cesari F, Abbate R, Gensini GF, Casini A. Adherence to Mediterranean diet and health status: meta-analysis. *BMJ*, 2008; 337: a 1344.
8. Sofi F, Abbate R, Franco G, Casini A. Accruing evidence on benefits of adherence to the Mediterranean diet on health: an updated systematic review and meta- analysis. *Am J Clin Nutr*, 2010; 92:1189-1196.
9. Papadaki A, Hondros G, Scott J, Kapsokafalou M. Eating habits of University living at, or away from home in Greece. *Appetite*, 2007; 49(1):169-176.
10. World Medical Association. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. Adoptada por la 18ª Asamblea Médica Mundial, Helsinki. 1964. Enmendada por la 29ª Asamblea Médica Mundial, Tokio, 1975; por la 35ª Asamblea Médica Mundial, Venecia, 1983; por la 41ª Asamblea Médica Mundial, Hong Kong, 1989; por 48ª Asamblea General Somerset West, Sudáfrica, 1996; 52ª Asamblea General, Edimburgo, 2000; nota de clarificación del párrafo 29, agregada por la Asamblea General de la AMM, Washington, 2002; nota de clarificación del párrafo 30, por la Asamblea General de la AMM, Tokio, 2004 y por la 59ª Asamblea General, Seúl, 2008.
11. Serra-Majem LI, Ribas L, Ngo J, Ortega RM, García A, Pérez-Rodríguez C et al. Food, youth and the Mediterranean diet in Spain. Development of KidMed, Mediterranean Diet Quality Index in children and adolescent. *PHN*, 2004; 7(7):931-935.
12. Gandek B, Ware JE, Aaronson NK, Apolone G, Bjorner JB, Brazier JE, et al. Cross-validation of item selection and scoring for the SF-12 Health Survey in nine countries: results from the IQOLA Project. *International Quality of Life Assessment*. *J Clin Epidemiol*. 1998;51:1171-8.
13. Mantilla Toloza, S.C., Gómez-Conesa, A. El Cuestionario Internacional de Actividad Física. Un instrumento adecuado en el seguimiento de la actividad física poblacional. *Rev Iberoam Fisioter Kinesol*, 2007;10(1):48-52.
14. Cabrero M, García A, Salinero JJ, Pérez B, Fernández JJ, Gracia R et al. Diet quality ad its relation to sex and BMI adolescents. *Nutr Clin Diet Hosp*, 2012; 32(2):21-27.
15. Lazarou C, Panagiotakos D, Matalas AL. Level of adherence to the Mediterranean diet among children from Cyprus: the CYKIDS study. *Public Health Nutrition*, 2009; 12(7):991-1000.
16. Durá T, Castroviejo A. Adherencia a la dieta mediterránea en la población universitaria. *Nutr Hosp*, 2011; 26(3):602-608.
17. De la Montaña J, Castro L, Cobas N, Rodríguez M, Míguez M. Adherencia a la dieta mediterránea y su relación con el índice de masa corporal en universitarios de Galicia. *Nutr Clin Diet Hosp*, 2012; 32(3):72-80.
18. Pérez-Gallardo L, Mingo T, Bayona I, Ferrer M, Márquez E, Ramírez R et al. Calidad de la dieta en estudiantes universitarios con distinto perfil académico. *Nutr Hosp*, 2015;31(5):2230-2239.
19. Villalón M, Cutillas L, Martínez-Martínez F, López-García H, Oliveras-López MJ, Samaniego-Sánchez C. La Oficina de Farmacia: una herramienta para conocer el grado de adherencia a la dieta mediterránea de la población. *Ars Pharm*. 2012; 53(3):19-25.
20. Cházaro-Molina E, Muñoz-Cano J. Comunicación educativa a pacientes con diabetes mellitus 2 y adherencia al tratamiento nutricional. *Rev Esp Comun Salud*, 2015;6(2):126-137.
21. Ware JE, Kosinski Jr M, Turner-Bowker DM, Gandek B. How to score version 2 of the SF-12 Health Survey (with a supplement documenting version 1) AND Lincoln, RI: QualityMetric Incorporated, 2005.
22. Vilagut G, Valdera JM, Ferrer M, Garín O, López-García E, Alonso J. Interpretación de los cuestionarios de Salud SF-36 y SF12 en España: componentes físico y mental. *Med Clin (Barc)*, 2008; 130(19):726-35.
23. Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad (SEEDO). Consenso SEEDO'2000 para la evaluación del sobrepeso y la obesidad y el establecimiento de criterios de intervención terapéutica. *Med Clin (Barc)*, 2000; 115:587-597.
24. Mantilla S. Actividad Física, Calidad de Vida y otros comportamientos de salud en estudiantes universitarios [tesis doctoral]. Murcia: Universidad de Murcia, Departamento de Fisioterapia; 2007. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10803/123293>.
25. Rodríguez M, Molina J, Jiménez C, Pinzón T. Calidad de vida y actividad física en estudiantes, docentes y administrativos de una universidad de Bogotá. *Cuadernos Hispanoamericanos de Psicología*, 2011;11(1):19-37.
26. Prevalencia de sedentarismo na poboación galega: 2007-2011. *Boletín Epidemiolóxico de Galicia - BEG*, 2013; 25(2):15-22.
27. Ruiz E, Del Pozo S, Valero T, Ávila J, Varela-Moreiras G. Estudio de hábitos alimentarios y estilos de vida de los universitarios españoles: patrón de consumo de bebidas fermentadas. *Fund Esp Nutr FEN*, 2013; 10-11. Disponible en: <http://www.munideporte.com/imagenes/documentacion/ficheros/00DA422F.pdf>
28. Cossio-Bolaños M, De Arruda M, Moyano A, Gañán E, Pino L, Lancho J. Composición corporal de jóvenes universitarios en relación a la salud. *Nutr clín diet hosp*, 2011;31(3):15-21.

Anexo 6 Actividades con recoñecemento de créditos ECTS da UDC. Curso 2017-18.



RESOLUCIÓN REITORAL DO 16/10/2017 DA UNIVERSIDADE DA CORUÑA POLA QUE SE ESTABLECEN AS ACTIVIDADES POLAS QUE SE RECOÑECEN CRÉDITOS NOS ESTUDOS DE GRAO, POLA PARTICIPACIÓN EN ACTIVIDADES UNIVERSITARIAS CULTURAIS, DEPORTIVAS, DE REPRESENTACIÓN ESTUDANTIL, SOLIDARIAS E DE COOPERACIÓN.

De acordo co disposto na normativa mediante a que se establece o procedemento para o recoñecemento académico de créditos por participación en actividades universitarias nos Graos da UDC, aprobada por acordo do Consello de Goberno do 17 de xullo de 2012, modificada por acordo do mesmo órgano de data 21 de xullo de 2016,

R E S O L V O,

Primeiro.- Aprobar as actividades universitarias susceptibles de recoñecemento académico en créditos, de acordo co disposto no artigo 12.8 do R.D.1393/2007, do 29 de outubro, polo que se establece a ordenación das ensinanzas universitarias oficiais, que constan nos anexos I e II desta resolución.

Segundo.- Derrogar a Resolución Reitoral da UDC do 8/09/2016.

ANEXO I

RECOÑECIMENTO DE CRÉDITOS AO ABEIRO DO ESTABLECIDO NO ARTIGO 12.8 DO REAL DECRETO 1393/2007, DO 29 DE OUTUBRO, MODIFICADO POLO REAL DECRETO 861/2010, DO 2 DE XULLO, POLAS SEGUINTE ACTIVIDADES

1. REPRESENTACIÓN DO ESTUDANTADO NOS ÓRGANOS DE GOBERNO E DE REPRESENTACIÓN DA UNIVERSIDADE

1.1. A representación do estudantado poderá dar lugar ao recoñecemento de créditos sempre que se realizar efectivamente como:

- a) representante do estudantado no Claustro, o Consello de Goberno ou o Consello Social;
- b) representante do estudantado en consellos de departamento, xuntas de centro ou consellos de institutos universitarios.

1.2. Recoñeceranse 1,5 créditos por curso académico ou fracción, sempre e cando esta comprenda, como mínimo, a extensión dun cuadrimestre lectivo do curso académico.

1.3. Para estes efectos, os estudantes interesados solicitarán a acreditación correspondente perante a Secretaría Xeral ou, no seu caso ante o secretario do órgano que corresponder, indicando as datas de inicio e de remate da súa participación. O/a secretario/a xeral da UDC, ou no seu caso o/a secretario/a do órgano que corresponder, acreditará mediante unha certificación a realización efectiva da representación.

Páx. 1 de 9

Código Seguro De Verificación	an0kGSuQuAtLLWz04IMApA==	Estado	Data e hora
Asinado Por	Reitor Julio Ernesto Abalde Alonso	Asinado	19/10/2017 09:51:33
Observacións		Páxina	1/9
Url De Verificación	https://sede.udc.gal/services/validation/an0kGSuQuAtLLWz04IMApA==		





2. ACTIVIDADES DEPORTIVAS

O estudiantado da UDC poderá obter recoñecemento de créditos a través das seguintes actividades deportivas organizadas ou promovidas pola Vicerreitoría de Estudantes, Participación e Extensión Universitaria:

2.1. Formación nas Escolas deportivas da UDC: 4 créditos por escola (asistencia anual) 2 créditos por escola (asistencia cuatrimestral)

2.2. Asistencia a cursos de formación deportiva: 1,5 créditos cada 15 horas (máximo 12 créditos)

2.3. Asistencia a actividades dirixidas de exercicio e saúde: 4 créditos por actividade (asistencia anual) e 2 créditos por actividade (asistencia cuatrimestral)

2.4. Participación en competicións deportivas:

Ligas universitarias: de 10 ou máis equipos, 3 créditos aos tres primeiros clasificados; de menos de 10 equipos, só ao campión da liga

2.5. Equipos federados propios da UDC: 3 créditos por curso académico

2.6. Campionatos universitarios:

- Internos, de 10 ou máis participantes, 2 créditos aos tres primeiros clasificados, e de menos de 10 participantes, só ao campión;
- Galegos, nas modalidades individuais, 3 créditos, aos tres primeiros clasificados, e nas modalidades de equipo, só ao campión;
- fase interzonal, 3 créditos;
- de España, 4 créditos, e no caso de obter medalla 2 créditos máis;
- Universiada, campionatos de Europa e do Mundo ou Xogos Olímpicos, 12 créditos;


-deportistas de alto nivel: 5 créditos por representaren á Universidade da Coruña na fase final dos campionatos de España, Europa ou do Mundo.

2.7. Xogos Galaico Durienses: 3 créditos

2.8. Para as actividades dos cursos, escolas e equipos federados será condición a asistencia, cando menos, ao 85% das clases ou adestramentos programados. Para os efectos da imputación de créditos, estes non poderán solicitarse por participar en máis de dúas escolas deportivas ou cursos por estudante e por ano académico; ou, no caso das ligas deportivas, en máis de dúas ligas por estudante e por ano académico.

2.9. Para estes efectos, os estudantes interesados solicitarán a acreditación correspondente perante o/a Vicerreitor/a, de Estudantes, Participación e Extensión Universitaria, indicando a actividade e o período de participación. O/a Vicerreitor/a acreditará, mediante certificación, a realización efectiva da actividade.

Páx. 2 de 9

Código Seguro De Verificación	an0kGSuQuAtLLWzO4IMApA==	Estado	Data e hora	
Asinado Por	Reitor Julio Ernesto Abalde Alonso	Asinado	19/10/2017 09:51:33	
Observacións		Páxina	2/9	
Url De Verificación	https://sede.udc.gal/services/validation/an0kGSuQuAtLLWzO4IMApA==			

Anexo 7. Recoñecemento de créditos pola participación en actividades de escolas físico deportivas da USC. Curso 2017-18.



RECOÑECEMENTO DE CRÉDITOS POLA PARTICIPACIÓN EN ACTIVIDADES DE ESCOLAS FÍSICO DEPORTIVAS DA USC. CURSO 2017-18.

O Acordo do Consello de Goberno de 5 de xullo de 2016, modificado polo mesmo órgano o día 12 de maio de 2017, sobre recoñecemento de créditos nos estudos de grao, ao abeiro do artigo 12.8 do Real Decreto 1393/2007, recolle no punto 3.1 que a actividade físico deportiva do estudantado, supervisada polo Servizo de Deportes da Universidade, poderá ser recoñecida como créditos nas titulacións de grao.

No referente ao recoñecemento das actividades das Escolas Físico Deportivas da USC, polas características particulares das mesmas, faise necesario determinar cales destas serán consideradas para o recoñecemento de créditos, así como os requisitos e condicións para a súa obtención.

Á vista da proposta do Servizo de Deportes (SDUSC), compre facer a convocatoria para as actividades que se desenvolvan durante o curso 2017-18 é por iso que,

Esta Reitoría **RESOLVE:**

PRIMEIRO.- ESCOLAS FÍSICO DEPORTIVAS

1.1.- As Escolas Físico Deportivas consideradas para o recoñecemento de créditos no curso 2017-18 son as que figuran no Anexo da presente resolución.

1.2.- O SDUSC concretará, na publicación das convocatorias de inscrición de cada escola, a oferta de prazas por campus, os períodos de desenvolvemento, o prazo de inscrición, o número de créditos recoñecibles e a asistencia mínima que deberá acreditarse para obtelos.

1.3.- O recoñecemento farase por un número enteiro de créditos entre 1 e 4 en función das horas de actividade, de xeito que en ningún suposto se recoñecerán fraccións de crédito sexa cal sexa o número de horas ou sesións.

SEGUNDO.- REQUISITOS

Para a obtención de créditos pola participación no programa de Escolas Físico Deportivas da USC o alumnado **de grao** desta Universidade deberá:

- Figurar matriculado na actividade concreta da que se solicitará o recoñecemento. Na actividade de Sendeirismo será necesario estar inscrito nun mínimo de 6 rutas (de 1 día).
- Solicitar, a través da [sede electrónica](#) da USC ou en aqueles casos xustificadas mediante o formulario habilitado polo SDUSC a través da súa [web](#), o recoñecemento de créditos. O control de asistencia e a súa avaliación realizarase a partir do inicio das clases.
- Acreditar unha asistencia mínima de 25 horas por cada crédito do que se solicite recoñecemento. Na actividade de Sendeirismo deberán acreditarse 6 rutas de 1 día. Ademais o alumnado deberá ser avaliado positivamente.

TERCEIRO.- RECOÑECEMENTO

Finalizada a actividade, comprobada a asistencia e de non constar avaliación negativa por parte dos responsables, a Dirección do SDUSC elevará á Vicerreitoría de Estudantes, Cultura e Responsabilidade Social, para a súa sinatura, a certificación de recoñecemento dos créditos. O alumnado, en caso de querer incluír os créditos recoñecidos no seu expediente, deberá solicitalo a través da [sede electrónica](#), achegando a devandita acreditación, a Unidade de Xestión Académica correspondente.

Santiago de Compostela, a 14 de xullo de 2017.

O REITOR,

(P.D. r.r. do 22 de setembro de 2015 DOG nº 190 do 5 outubro de 2015)

VICERREITORA DE ESTUDANTES, CULTURA E RESPONSABILIDADE SOCIAL,

M^a Dolores Álvarez Pérez

ANEXO

ESCOLAS PREVISTAS NOS CAMPUS DE SANTIAGO e/ou LUGO
AERÓBIC+STEP
AQUAGYM
ATLETISMO
AUTODEFENSA
BAILE DEPORTIVO (ritmos caribeños e tango arxentino)
BAILE EN LIÑA E COUNTRY
BALONMÁN MIXTO
COMBINADO TERAPÉUTICO
ESGRIMA
FÚTBOL SALA MIXTO e FÚTBOL SALA FEMININO
GLÚTEOS, ABDOMINAIS, PERNA (GAP) e GAP+TONO
IOGA
JUDO
KARATE
KUNG-FU
MANTEMENTO, AERÓBIC, STEP (MAS)
MELLORA DA CONDICIÓ FÍSICA
MINDFULNESS (MEDITACIÓN)
NATACIÓN, NATACIÓN PRE/POSPARTO e NATACIÓN TERAPÉUTICA
PILATES
RUGBY MIXTO
RUNNING
SAÚDE FEMININA: CONSCIENCIA CORPORAL.
SENDEIRISMO
TAE-KWONDO
TAI-CHI
TENIS
TRIÁTLON
VOLEIBOL MIXTO
XADREZ
XIMNASIA DE MANTEMENTO
XIMNASIA TERAPÉUTICA
ZUMBA
ABDOMINAIS + LUMBARES + ESTIRAMENTOS..., PSICOMOTRICIDADE, HI-POPRESIVOS, CHAN PÉLVICO...

Anexo 8. Actividades con recoñecemento de créditos ECTS da UVigo. Curso 2017-18.



Actividades con recoñecemento de créditos ECTS

O Real Decreto 1393/2007 de ordenación das ensinanza universitarias oficiais, no seu artigo 12.8, establece que os estudantes poderán obter recoñecemento académico en créditos ECTS pola participación en actividades universitarias culturais, deportivas, de representación estudantil, solidarias e de cooperación, podendo obter ata un máximo de 6 créditos do total do plan de estudos cursado. Na Universidade de Vigo este procedemento está regulado polo Regulamento de recoñecemento de créditos por actividades universitarias culturais, deportivas, de representación estudantil, solidarias e de cooperación (aprobado na sesión do Consello de Goberno de 12 de febreiro de 2014).

Qué actividades deportivas contan con este recoñecemento no 2017/2018 ?:

- Escolas Deportivas de tenis, rugby, natación, ioga, xadrez e voleibol.
- Programa Ponte en Forma.
- Actividades na natureza: Rutas Culturais e Outdoor Campus.
- Participación en competicións interuniversitarias ou federadas representando á Universidade de Vigo.
- Participación no programa de responsables dos equipos das Ligas e Torneos Universitarios.
- Colaboración coa Área de Benestar, Saúde e Deporte na organización de eventos deportivos.

Requisitos para o recoñecemento de créditos por actividades deportivas:

Será necesario realizar un total de **30 horas de práctica** (en cómputo anual) para poder obter o recoñecemento de cada crédito de ECTS e acadar ademais unha valoración positiva dos responsables técnicos da actividade.

No caso do programa **Ponte en forma**, será necesario ademais realizar as dúas revisións médico-deportivas (inicial e final) incluídas no programa.

Os créditos poderán acadarse unha soa vez por cada actividade. Naquelas nas que exista máis dun nivel (xadrez, natación e tenis) poderase acadar o recoñecemento unha vez por cada un destes módulos / niveis.

Unha vez que se remate unha actividade, e baixo a solicitude previa do alumno ou alumna, o Servizo de Extensión Universitaria expedirá un certificado de asistencia que a persoa interesada deberá presentar a continuación na secretaría de alumnado do seu centro de estudos para incorporar a validación dos créditos ao seu expediente académico.

Só se recoñecerán actividades desenvolvidas durante o tempo en que a persoa solicitante estivera matriculada na Universidade de Vigo, agás situacións excepcionais motivadas por traslado de expediente doutra universidade.